مرجع إكلينيكى

فى

الاضطرابات النفسية

دليل علاجى تفصيلى

تحرير

ديفيد هـ. بارلو

الترجمة

إشراف ومراجعة صفوت فرج

مكتبة الأنجلو المصرية

مرجع اكلينيكى

فى

الأضطرابات النفسية

دليل علاجى تفصلى

تحرير ديفيد هـ . بارلو

جامعة ولاية نيورك ، البانى

Dvid H.Balrow

اشر ف على الترجمة والمراجعة

صفوت فرج

جامعة القاهرة

ترجمة

دكتور صفوت فرج — دكتور محمد نجيب الصبوة

دكتور مصطفى أحمد تركى — دكتور جمعة سيد يوسف

دكتورة هبة إبراهيم القشيشى — دكتورة حصة عبد الر حمن الناصر

دكتوره هدى حسن جعفر

الناشر

مكتبة الأنجلو المصرية

الطبعة الإنجليزية

Clinical Handbook Of
Psychological Disorders
Second Edition

الطبعة العربية

مكتبة الأنجلو المصرية

بتصريح من دار نشر جيلفورد

عنوان الكتـــاب : مرجع اكلينيكى فى الاضطرابات النفسية

اشراف ومراجعة : د / صفوت فرج

اسم النـــاشـــر : مكتبة الأنجلو

اســـم الطابـــع : مطبعة محمد عبد الكريم حسان

رقـــم الايـــداع : ٢٠٠٢/٩٩٥٦

الترقـيم الدولى : I.S.B.N.977-05-1919-7

إلي

سارة وساندرا وانتوني وهانا

صفوت

إلى

بيفرلي أ. بارلو

المساهمون في التأليف

ديفيد هـ. بارلو
DAVID H.BARLOW, PHD
قسم علم النفس ، جامعة ولاية نيويورك ، فى البانى

أرون ت.بيك
AARON T.BECK, MD
مركز العلاج المعرفى ، جامعة بنسلفانيا ، فيلادلفيا.

تيموثى أ.براون
TIMOTHY A.BROWN, PSYD
كيلى/ براونيل
KELLY D.BROWNEL, PHD
قسم علم النفس ، جامعة ييل ، نيو هافن ، كونيكتيكت

كارين س. كالهون
KAREN S.CALHOUN, PHD
قسم علم النفس ، جامعة جورجيا ، اثينز

ميشيل ب. كارى
MICHAEL P. CAREY, PHD
قسم علم النفس، جامعة سيراكوز ، سيراكوز ، نيويورك

جيمس ف. كوردوفا
JAMES V.CORDOVA, MS
قسم علم النفس ، جامعة واشنطن ، سياتل

ميشيل ج.كراسك
MICHAELLE G.CRASKF, PHD
قسم علم النفس ، جامعة كاليفورنيا

أدنا ب. فوا
EDNA B.FOA, PHD
قسم الطب النفسى ، كلية طب بنسلفانيا/معهد شرق بنسلفانيا للطب النفسى، فيلادلفيا

ريتشارد ج. هايمبرج
RICHARD G.HEIMBERG, PHD
قسم علم النفس ، جامعة ولاية نيويورك ، البانى

ديبرا أ.هوب
DEBRA A.HOPE, PHD
قسم علم النفس ، جامعة نبراسكا ، لينكولن

نيل س.جاكسون
NEIL S.JACOBSON, PHD
قسم علم النفس ، جامعة واشنطن ، سياتل

كونستانس أ. كيهرر
CONSTANCE A. KEHRER, MS
قسم علم النفس ، جامعة واشنطن ، سياتل

مارشا م.لينهان
MARSHA M.LINEHAN, PHD
قسم علم النفس ، جامعة واشنطن ، سياتل

بربارا س.ماكريدى
BARBARA S.McCRADY, PHD
مركز دراسات الكحول ، جامعة روتجرز ، بيسكاتاواى ، نيوجيرسى

أندور و. ميسلر
ANDREW W.MEISLER, PHD
قسم علم النفس ، جامعة ييل ، نيوهافن ، كنتاكى

تريسى أ. أوليرى
TRACY A. O'LEARY, BA
مركز اضطرابات التوتر والقلق ، جامعة ولاية نيويورك ، البانى

باتريك ماهلين أونيل
PATRICK MAHLEN O'NELL, PHD
قسم الطب النفسى والعلوم السلوكية ، الجامعة الطبية لجنوب كاليفورنيا ، شارلستون

كاثلين م. بايك
KATHLEEN MAHLEN M.PIKE, PHD
قسم الطب النفسى ، جامعة كولومبيا ، نيويورك

باتريشيا أ. ريسك
PATRICIA A. RESICK, PHD
قسم علم النفس ، جامعة ميسورى ، سانت لويس

ديفيد س. ريجز
DAVID S. RIGGS, PHD
قسم الطب النفسى ، كلية طب بنسلفانيا/معهد شرق بنسلفانيا للطب النفسى، فيلادلفيا

أرثر واينبرجر
ARTHUR WEINBERGER, PHD
مركز وول ستريت للعلاج المعرفى ، نيويورك

ج. تيرنس ويلسون
G. TERENCE WILSON, PHD
قسم علم النفس الاكلينيكى ، جامعة روتجرز ، بيسكاتاواى ، نيوجرسى

جون ب. وينسيز
JOHN P. WINCZE, PHD
قسم علم النفس والسلوك الانسانى ، وقسم علم النفس ، جامعة براون ، بروفيدانس، رودايلاند

جيفرى ى. يونج
JEFFREY E. YOUNG, PHD
قسم الطب النفسى ، جامعة كولومبيا ، نيويورك

المساهمون في الترجمة

أستاذ دكتور صفوت فرج
أستاذ علم النفس ، جامعة القاهرة

أستاذ دكتور مصطفى أحمد تركى
أستاذ علم النفس ، جامعة الكويت

استاذ دكتور محمد نجيب الصبوة
استاذ علم النفس ، جامعة القاهرة

دكتورة هبة ابراهيم
استاذ علم النفس المساعد ، جامعة المنيا

دكتورة حصة عبد الرحمن الناصر
مدرس علم النفس ، جامعة الكويت

أستاذ دكتور جمعة سيد يوسف
استاذ علم النفس ، جامعة القاهرة

دكتورة هدى جعفر
مدرس علم النفس ، جامعة الكويت

تصدير المحرر

تواصل الطبعة الثانية من هذا الكتاب التعبير عن الانطلاق المتميز عن أى عدد من الكتب المشابهة التى تقدم مراجعة للتطورات فى علاج الاضطرابات النفسية . وقد طورنا بشكل متزايد خلال عقد الثمانينيات تقدما نحو التسعينيات تكنولوجيا لتعديل السلوك تختلف بالضرورة من اضطراب لأخر . وتتضمن هذه التكنولوجيا مجموعة متنوعة من الأساليب والاجراءات التى برهنت بقدر أو آخر على فعاليتها للاضطراب المعين.

ومن الطبيعى أن لدينا دلائل أكثر على فعالية هذه الأساليب العلاجية بالنسبة لبعض الاضطرابات أكثر من غيرها ، وقد أصبح من الواضح بقدر أكبر ، منذ الطبعة الأولى لهذا الكتاب ، أن هناك قدر جوهرى من المهارات الاكلينيكية مطلوب لتطبيق هذه التكنولوجيا بفعالية . وبالتالى فهذا الكتاب فى طبعته الثانية ليس مجرد مراجعة أخرى للاجراءات العلاجية لمشكلات معينة مع توصيات ببحوث تالية . أنه وصف تفصيلى لبرامج علاج حقيقية طبق فيها بالفعل اختصاصيون اكلينيكيون من ذوى الخبرة تكنولوجيا تعديل السلوك فى سياق اثنى عشر اضطرابا من أكثر الاضطرابات شيوعا .

والجديد فى هذه الطبعة من الكتاب ، وهو ما يعكس تطورا أساسيا حدث خلال السنوات الأخيرة ، تلك البرامج العلاجية الخمس الجديدة فى الفصل العاشر حول اضطرابات الشخصية البينية لمارشا لينيهان وكونستانس كيهلر ، والذى يوضح أول منحى ذى فعالية تم البرهنة عليه لهذه الحالة المتطرفة الصعوبة وجديد أيضا الفصول الهامة والمشوقة للأساليب العلاجية الفعالة للمخاوف الاجتماعية لديبرا هوب وريتشارد هايمبرج (انظر الفصل الثالث) واضطراب الضغوط التالية للصدمة لضحايا الاغتصاب لكارين كالهون وباتريشيا ريسك (انظر الفصل الثانى)، واضطرابات الأكل التى تتضمن فقدان الشهية العصبى واضطراب اغتراف الطعام لتيرنس ويلسون وكاثلين بايك (انظر الفصل السابع) ، وبرنامج علاجى آخر لاضطراب القلق المعمم طور فى مركزنا لاضطرابات التوتر والقلق فى البانى (انظر الفصل الرابع) . وقد تعرضت بقية فصول الكتاب لمراجعة

جوهرية تعكس أكثر التطورات التى جرت حداثة فى برامج العلاج لأغلب المشكلات ويتضمن ذلك مراجعة ضخمة ، أو ما يعد فى الغالب بمثابة برامج جديدة كلية لاضطراب الهلع ومخافة الأماكن المفتوحة ، والاكتئاب ، والسمنة ، والكحولية ، والاختلالات الجنسية . ويعرض الفصل الخاص بالكدر الزواجى لجيمس كوردوفا ونيل جاكوبسن (انظر الفصل الثانى عشر) منحا مختلفا كلية سواء من حيث المفاهيم أو التطبيق مقارنة بالفصل الذى تضمنته الطبعة الأولى من هذا الكتاب.

وكما حدث بالنسبة للطبعة الأولى ، فإن ما شجع صدورهذا الكتاب هو العدد الذى لا يحصى من طلاب الدراسات العليا فى علم النفس الاكلينيكى ، والأطباء النفسيين المقيمين وغيرهم من المتخصصين فى الصحة العقلية سواء من المتدربين أو الممارسين الذين يسألون : «ولكن كيف اطبق ذلك ؟» . مدركين عدم وجود مصدر واحد يمكن أن يتضمن برنامج علاجى تفصيلى للاستخدام بمثابة مرشد للممارسة.

ويحاول هذا الكتاب سد هذه الثغرة . ولتحقيق هذا الغرض عرضت مجموعة من الموضوعات المحددة فى أغلب الفصول . حيث يبدأ كل فصل بمراجعة مختصرة لمعلوماتنا عن الاضطراب المعين ، يلى ذلك وصف للنموذج أو النظرية الصغرى المعينة التى توجه التكنولوجيا المستخدمة مع الاضطراب محور الاهتمام.

وهذا النموذج أو النظرية الصغرى يجيب بصورة نمطية عن سؤال : ماهى الجوانب المعينة فى هذا الاضطراب التى يتعين تقييمها وعلاجها ؟. وبينما دائما ما تؤدى التطبيقات الاكلينيكية إلى إضعاف النماذج النظرية . إلا أن المتخصصين الاكلينيكيون سيعترفون أن المناحى والنظم السلوكية مع بعض السياقات النفسية الدينامية هى السياقات النظرية المسيطرة .

ويعقب هذا النموذج وصف للموقف النمطى الذى يتم العلاج فى سياقه . ويختلف هذا الموقف من اضطراب لآخر ، ممتدا من موقف العيادة المعتاد للغاية إلى البيئة المنزلية للمريض. وقد نوقشت بالمثل أوصاف تفصيلية للسياق الاجتماعى للعلاج (مثال ذلك : أهمية مشاركة الأسرة والأصدقاء) وكذلك متغيرات المعالج التى قد تكون مهمة فى تطبيق الأساليب العلاجية فى مخاوف

الأماكن المفتوحة أو الكدر الزواجي . كما نوقشت بالاضافة إلى ذلك الدلالات العلاجية لمتغيرات العميل ، مثل الاعتمادية ، ونقص التوكيدية ، لدى العديد من أصحاب مخاوف الأماكن المفتوحة .

يتبع ذلك وصف تفصيلى متحرر للخطوات المتتابعة فى التقييم والعلاج فى العديد من الفصول ، مصحوب بسيناريوهات لجلسات العلاج .

ومن بين المكونات المهمة فى هذا المنحى التحديدات الخاصة بمنطق العلاج الذى يقدم للمريض قبل العلاج ، وكذلك المشكلات النمطية التى تظهرخلال تطبيق التكنولوجيا العلاجية ، وحيثما تتوفر بيانات فإننا نقدم معلومات حول المؤشرات التنبؤية لنجاح أو فشل العلاج .

ولتحقيق هذه الأهداف الطموحة المقدمة فيما سبق ، كنت محظوظا للغاية فى هذه الطبعة من الكتاب ، كماكنت فى الطبعة السابقة ، بمشاركة قادة من الاختصاصيين الاكلينيكيين والباحثين الذين وثقوا بشئ من التفصيل كيف يعالجون مرضاهم فى الواقع الفعلى . ومرة أخرى فقد ذكر هؤلاء الثقاة أن العدد من التفاصيل التى كان عليهم أن يضمنوها ليتمكنوا من توصيل كيفية تطبيق برامجهم العلاجية تجاوز ما كانوا يتوقعون القيام به . وآملى هو أن يستفيد الاختصاصيين الاكلينيكيين الممارسين وطلاب علم النفس الاكلينيكى فى كل مكان من الاطلاع على هذه التفاصيل.

واعبر عن امتنانى العميق لمارى آن بيلز ، مساعدتى التنفيذية التى أعدت بالفعل هذا الطبعة الثانية من البداية حتى النهاية ، ولماريون شوارتز ، وآمى بيش، وكاثى انجمان ، وليزا وايزبرجر لإعدادهم فهرسا مفيدا لهذا الكتاب.

ديفيد هـ. بارلو

جزيرة نانتوكيت

مقدمة الطبعة العربية

جاءت ترجمة هذا الكتاب إلى العربية لا نتيجة لاختيار مدقق له من بين كتب متعددة تتناول هذا المجال الخصب ، رغم أن اختيار مدققا ما كان سينتهى بعيدا عنه . ولكنه جاء فى الحقيقة خضوعا لأغراء شديد فرضه هذا الكتاب من خلال المنحى الذى اختطه فى تناول موضوعاته والاحاطة الشاملة بها ، والتى تسد ثغرات لا ثغرة واحدة فى الممارسة والتدريب النفسى الاكلينيكى سواء للاختصاصين النفسيين الاكلينيكيين أو الأطباء النفسيين . بالأضافة إلى الاحتياج الأساسى لمصدر بهذا الثراء فى اللغة العربية .

فقد أصبح من الملاحظ الأن – أكثر من أى وقت مضى – أن التوسع فى تقديم الخدمة النفسية الاكلينيكية فى مجتمعاتنا العربية لم يصاحبه نشاط مماثل فى الاصدارات العلمية والمهنية التى تساند هذه الممارسة وتدعمها ، وترسى أركانها . وبدت الحاجة ضرورية وجوهرية لتوفير مصادر موثوقة تفتح أفاقا جديدة أمام الدارسين والمتدربين لتعرف الاساليب الحديثة فى الممارسة الاكلينيكية ، وتقدم الاجراءات والبرامج العلاجية بتفصيل أوضح ومن خلال نماذج واقعية تتعرض لأغلب المشكلات التى تظهر فى الموقف العلاجى ، وتقدم حلولاً مختبرة لمثل هذه المشكلات .

وقد توفرت كل هذا الخصائص فى الكتاب الحالى الذى يتضمن عرضا لأثنى عشر اضطرابا هى الأكثر شيوعا ، ويمثل أصحابها الجمهور الأكثر ترددا على المعالجين طلبا للمساعدة . ورغم أن قضية الشيوع وتكرار طلب المساعدة هذه قد تتعلق بمجتمع آخر تتوفر فيه الاحصاءات والبيانات ، ويتسم بخصائص حضارية يمكن أن تؤدى إلى توجيه الاهتمام نحو اضطراب دون آخر (مثل اضطرابات الأكل والسمنة وصورة الجسم على سبيل المثال) ، أو إلى تحرر أكبر بين أفراده يجعلهم قادرين على السعى بحثا عن حلول لمشكلات حساسة ، لا تناقش علانية أو يكشف عنها فى مجتمعات أخرى (مثل اختلالات الوظائف الجنسية) إلا أن هذه الفروق الحضارية لا تؤثر تأثيرا كبيرا فى قدر الأهمية الذى

تحظى به هذه المجموعة المختارة من الاضطرابات التى يتعرض الكتاب لأساليب علاجها.

التوجه النظرى الأساسى فى هذا الكتاب معرفى سلوكى ، مع مزج مفيد – بين الحين والاخر – بين بعض الأساليب والاجراءات العملية ، كلما كان ذلك ضروريا، وبروح متحررة تتوخى المزايا العملية ونتائج الاختبارات الواقعية للاساليب العلاجية المستخدمة ، أكثر من التزامها الصارم بالنماذج النظرية .

ويقف خلف هذا التوجه المعرفى السلوكى حقيقة أن الجانب الأكبر من الاضطرابات السلوكية الكبرى أساسها معرفى ، يتمثل فى خلط المفاهيم وتشوهات إداركية تؤثر بشكل مباشر فى فكرة الفرد عن ذاته وعن المستقبل وعن عالمه المحيط به . ومن هنا تنشأ استجابات غير سوية تأخذ صورة مخططات معرفية غير توافقية يتحرك الفرد وفقا لها فى نطاق من الاختلالات والاضطرابات السلوكية .

ويتمثل الهدف العلاجى فى إعادة تنظيم البنية المعرفية ، وتصحيح أخطاء المفاهيم والتعرف على ميكانيزمات عمل المخططات غير التوافقية ، وممارسة تدريبات سلوكية تهدف إلى تحديها ومواجهتها ، وتعلم مهارات جديدة لحل المشكلات وتدبر الأزمات المختلفة ، وزيادة القدرة على التعامل معها .

وتتداخل الأساليب السلوكية مع الأساليب المعرفية فى مجالات أكثر تحديدا تتضمن ممارسة فعلية ، وتعديلات سلوكية عيانية لاستجابات المرء لجوانب اضطرابه ، وإعادة اختبار موقفية لتوقعاته القائمة على مفاهيمه الخاطئة ومخططاته غير التوافقية . بمعنى آخر ، أن الاسهام السلوكى يعمل هنا بالاضافة إلى القاءة الضوء على كيفية عمل الاضطراب المعين واستمراره ، إلى إلغاء الارتباطات التشريطية غير السوية المدعمة للسلوك المضطرب ، وتزويد الفرد بالمهارات التى تمكنه من إعادة التوافق بصورة سوية .

إذا انتقلنا إلى العناصر الأخرى العديدة التى تتضمنها بعض الأساليب العلاجية ، سنتبين وضوحا وإيضاحا لقضايا الثقة والمسئولية والأمانة ، وحدود تدخل المعالج ، سنلاحظ ذلك الفصل الحاسم بين أراء ومواقف وقيم المعالج وتلك الخاصة بالعميل ، كما يمكننا بالمثل تبين ذلك التمييز بين المنظور العلمى المهنى لجوانب الاضطراب أو السلوك المشكل ، وبين التقييم الأخلاقى لهذه الجوانب

والذى يخرج عن حقوق المعالج الخوض فيه أو مناقشته أو التعليق عليه ، أو يحد من حق العميل فى الحصول على الخدمة العلاجية .

يدخل فى الاطار العام لقضايا المعالج التى تناقش فى السياق ذلك التصحيح للكثير من المفاهيم التى تؤثر فى أهداف العلاج ، من ذلك : من الذى يحدد أهداف العلاج ، المعالج الخبير ، أم العميل الذى يعانى ويطلب الخدمة ؟ ، فى ضوء حقائق العلم أم فى إطار احتياجات المريض؟ . قضايا اخرى يتم تناولها من خلال السياق الممتد عبر المواقف العلاجية المعروضة ومن خلال حالات واقعية ، من ذلك : كيف تتحدد الأولويات عند تعدد الاضطرابات والمشكلات ؟ وهل يتضمن نصحنا لمريض الشره العصبى التوقف عن تناول الأطعمة السيئة ؟ أو تصحيح المفاهيم عن صوره الجسم بالنسبة لمرضى السمنة ، هل يتعين أن يهدف العلاج دائما إلى إحداث تغيير وتعديل فى السلوك ، أم يمكن أن يتجه فى حالات معينة إلى تنمية وتطوير التقبل بدلا من التغيير ؟ وهو الأمر الذى قد يكون جوهريا فى العلاقات الزوجية المضطربة . هل يهدف علاج الاختلالات الجنسية لدى الذكور إلى أفضل النتائج للوصول إلى انتصاب جيد يحقق جماعا كاملا ؟ أم أن الجنس ليس فقط مجرد جماع كامل ، بل سبل متنوعة للاستمتاع بالعلاقات الحسية يتعين استكشافها ، وما هى الأولوية فى علاج هذه القضايا الجنسية ؟ أهى هذه الاختلالات فى حد ذاتها أم مصادر الكدر فى العلاقات والقلق والاكتئاب مما قد يشكل فى الواقع أسبابا حقيقة للمشكلة .

قضايا كثيرة جديدة ومثيرة لا يستطيع الاخصائى الاكلينيكى ممارسة عمله دون التوقف أمامها مفكرا بتأن شديد ، وتتيح له المناقشات المستفيضة لهذه القضايا فرصة الاطلاع على جوانبها الايجابية والسلبية .

تتضمن فصول الكتاب سيناريوهات متعددة للمواقف العلاجية فى مراحلها المختلفة واشارات تفصيلية للواجبات السلوكية المنزلية التى تمثل مكونا جوهريا فى هذه النماذج العلاجية ويتطلب الأمر ايضاح نقطتين هنا : الأولى أن السيناريو المعروض فى أى فصل انما هو جزء مختار من السيناريو الشامل الذى يمتد على مدى جلسات العلاج ، وبالتالى فهو لا يصور كل ما يحدث ويجرى بين المعالج والعميل ، بل يهدف إلى عرض وإيضاح بعض النقاط الجوهرية فى هذا السياق الدينامى للعلاج . النقطة الثانية تتعلق بحقيقة أن الممارسة الاكلنينكية هى جمع بين العلم والفن ، بما يدعونا لتأكيد أن أى من هذه السيناريوهات لا يقدم هنا

ليكون بمثابة الطريقة الموصى باستخدامها مع كل العملاء ، بل بوصفها نموذجا تعليميا يستفيد منه المتدرب والممارس ويخطط عمله مسترشدا به ، وبظروف العميل النوعية ، وبطبيعة وخصائص وشدة الاضطراب الذى يتعامل معه .

أن مهمة الاخصائى النفسى الاكلينيكى أن يقوم بنفسه بتفصيل برنامجه العلاجى مسترشدا بهذه التكنولوجيا العلاجية ومطبقا للحقائق العلمية بصورة تتسم بالمرونة والمهارة والابداع ، وبهذا وحده يمكن تحقيق نتائج ملموسة ، بل ودعم المجال من خلال أفكاره الجديدة وأساليبه المبتكرة .

يتضمن الكتاب أثنى عشر فصلا حول أساليب علاج اضطراب الهلع ومخاوف الأماكن المفتوحة ، واضطراب الضغوط التالية للصدمة مع تركيز على الضغوط التالية لصدمة الاغتصاب ، والمخاوف والقلق الاجتماعى ، واضطراب القلق المعم ، واضطراب الوساوس القهرية ، والاكتئاب ، واضطرابات الأكل والسمنة فى فصلين مستقلين ، والكحولية أو إدمان الخمور ، واضطراب الشخصية البينية ، والاختلالات الجنسية مع تركيز على اضطراب الانتصاب لدى الذكور ، ثم الكدر الزواجى .

واسهم فى تأليف فصول الكتاب ستة وعشرون مؤلفاً ومؤلفة يمارسون جميعا العلاج وجمعيهم من الاكلينيكيين الباحثين، نفسيين واطباء نفسيين ، ويقدمون فى فصولهم خلاصة تجاربهم وخبراتهم الواقعية ونتائج ممارستهم البحثية فى اطار نقدى تتمايز فيه نتائج البحوث المضبوطة والاخرى التى لم تستوف شروط الضبط العلمى الصارم ، ولا يترددون خلال عرضهم فى الاشارة إلى الاخفاق فى العلاج إلى جانب النجاحات المحققة . وبالاضافة إلى ديفيد بارلو محرر الكتاب ، تتضمن قائمة المساهمون اسماء لامعة لعلماء وباحثين كل فى التخصص الدقيق لكل فصل من الفصول الاثنى عشر ، مثل بارلو فى اضطراب الهلع ومخاوف الاماكن المفتوحة ، وارون بيك فى الاكتئاب وفوا صاحبة الاسهامات المرموقة فى الوساوس القهرية ، ولينهان بمنحاها الجديد فى علاج اضطرابات الشخصية البينية ، وكارى ووينسز وميسلر فى علاج الاختلالات الجنسية ، وغيرهم ممن يضيق المقام عن ذكر انجازتهم العديدة المعروفة التى تتضمنها مؤلفاتهم الاخرى وبحثوهم فى الدوريات العلمية المتخصصة والتى يستطيع القارئ التعرف على بعضها من قائمة مراجع كل فصل . وقد جاء اسهام هؤلاء المؤلفون متميزا من منطلق كونهم باحثين متمكنين وممارسين أكلينيكيين أصحاب خبرة ممتدة ، وهو ما اضفى على

كتاباتهم ذلك القدر من المرونة والجرأة فى تطبيق أساليب علاج مبتكرة واختبارها وفق أدق الشروط ، وفحص جوانبها بحس نقدى رفيع . وهو نوع من الكتابات مازلنا فى حاجة إلى المزيد منه فى تراثنا العلمى والمهنى العربى.

شارك فى ترجمة الكتاب إلى العربية نخبة من الاساتذه والزملاء المتخصصين كل فى إطار أهتماماته ، وتوجهه العلمى ، فجاءت ترجمتهم رصينة ومحيطة بجوانب الموضوعات ، لايفلت منها تعبير أو مصطلح ، أو يغيب عن الترجمة معنى أو يختل سياق عن دلالاته .

وما كان لكل هذه الجهود أن تثمر دون حماس ناشر مثقف وواع ، هو الاستاذ أمير صبحى ومكتبة الانجلو المصرية التى تضيف هذه الترجمة العربية إلى كتاب « مرجع فى علم النفس الاكلينيكى للراشدين » الذى سبق أن ترجمناه واصدرته عام ٢٠٠٠ لمحرريه ليندزاى وباول فى افضل صور طباعية وبترخيص من الناشر الاجنبى ايضا.

ونرجو فى النهاية أن يحقق هذا الاصدار ما نصبوا الية من فائدة لا نملك إزاءها إلا الامل فى أن يحظى برضاء القارئ المتخصص وثقته فى أنه مازال للعطاء الجاد موضع فى مجتمعنا العلمى .

صفوت فرج

المحتويات

صفحة

* * * * *

الفصل الأول

اضطراب الهلع
ومخافة الأماكن المفتوحة

الفصل الأول

اضطراب الهلع ومخافة الأماكن المفتوحة

مايكل كراسك
Michelle G. Craske
جامعة كاليفورنيا – لوس أنجلوس

ديفيد بارلو
David H. Barlow
جامعة ولاية نيويورك – البانى

ترجمة

دكتور صفوت فرج

قسم علم النفس جامعة القاهـــرة

يعرض البرنامج العلاجى المقدم وصفة فى هذا الفصل لتقدم جوهرى ، يتجاوز البرنامج العلاجى لمخاوف الأماكن المفتوحة ، الذى سبق وصفه فى الطبعة الأولى لهذا الكتاب ، فعلى مدى الفترة القصيرة الممتدة لثمانى سنوات ، حدث تغير درامى فى أساليب التناول النفسية لاضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة أو غير المصحوب بهذه المخاوف ، وقد تم حديثاً توثيق ما حققه هذا العلاج من نجاح حظى بإجماع فى مؤتمر أشرف عليه المعهد القومى للصحة العقلية ، حيث أوصى باختيار هذا العلاج إلى جانب بعض العقاقير المعينة لعلاج اضطراب الهلع ، وتُقدم فى هذا الفصل الصورة الأخيرة من هذا البرنامج العلاجى التى طورت فى عيادتنا . ويوحد هذا البرنامج العلاجى بين التطورات الحديثة فى منحانا الخاص بنوبات الهلع . وكذلك يوفر للمرة الأولى تكاملاً شاملاً بين برنامجنا لعلاج اضطرابات الهلع مع منحانا العلاجى للتجنب فى مخاوف الأماكن المفتوحة .

د . هـ . ب

مقـــدمة

ظهر تقدم أساسى فى صياغة مفهوم اضطراب الهلع [١] وعلاجه ومخاوف الأماكن المفتوحة [٢] منذ صدور الطبعة الأولى من هذا الكتاب . وباختصار .. فإن مفهوم اضطراب الهلع بوصفه خوفاً متعلماً من إحساسات جسمية معينة يرتبط بنوبات من الذعر كاستجابة سلوكية لتوقع هذا الإحساس الجسمى أو لتصاعده فى نوبة هلع كاملة . يترتب على ذلك اتجاه أساليب العلاج النفسى الأحدث نحو نوبات الهلع مباشرة ، من خلال التصويب على الإحساسات البدنية المثيرة للخوف، بافتراض التأثير فيها لإحداث تغير من خلال تغيير العمليات المعرفية وعمليات التداعى . ومازال أسلوب التعرض فى المواقف الحية [٣] مطلوب تقليدياً لمواجهة مخاوف الأماكن المفتوحة . ويغطى هذا الفصل التطورات النظرية وبيانات نتائج العلاج.

ظاهـرة الهـلع ومخـافة الأمـاكن المفتوحـة :

نوبات الهلع عبارة عن نوبات متقطعة لخوف أو فزع مصحوب بأعراض جسمية ومعرفية حسبما يعرف ، وفق محكات نوبة الهلع فى الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات العقلية (جمعية الطب النفسى الأمريكية [APA] DSM-IV, 1993)* انظر جدول (١:١) . ونوبات الهلع متقطة ويرجع الفضل فى ذلك لكونها مفاجئة وغير مستمرة على العكس من التصاعد التدريجى فى نشاط القلق . وأحياناً ما تظهر النوبات المتقطعة على غير توقع . ويظل مفهوم عدم التوقع أحياناً غير محدد المعنى فى محكات التشخيص . وعلى أى الأحوال ، فهو يشير إلى ظهور الهلع فى مواقف أو أوقات غير متوقعة . واتساقاً مع نظريات الانفعالات التى تؤكد دور الميل الأساسى للحركة فى الانفعالات المختلفة (Barlow, 1991) ، وكما يرتبط الخوف بالمثل بفعل الهرب ،

(*) محكات الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع المشار اليها فى هذا الفصل هى التي أعتُمدت بوصفها المعايير النهائية بواسطة مجموعة اضطرابات القلق ولجنة العمل فى الدليل الرابع (APA, 1993) ، ويمكن أن تكون هذه المحكات موضوعاً لبعض التعديلات المحدودة فى الصياغة قبل نشر الدليل الرابع .

(1) Panic disorder

(2) Agoraphobia

(3) Invivo exposure

فإن نوبات الهلع ترتبط دائماً بإلحاح للهرب . واتساقاً مع نماذج الاعزاء المعرفى[1] (Clark et al., 1988) فإن نوبات الهلع ترتبط فى الأغلب الأعم بإدراك الخطر أو التهديد (مثل : الموت أو فقدان التحكم أو الحرج) ، وأخيراً فاتساقاً مع النماذج النفس فسيولوجية (مثل : Ehlers & Margraf, 1989) ترتبط نوبات الهلع دائماً بتسارع فى نشاط الجهاز العصبى المستقل .

وعلى أى الأحوال ، فإن ملامح الإلحاح فى الهرب وإدراك التهديد والإثارة الفسيولوجية مما لا يمكن أن يقع تحت الملاحظة فى كل تقرير ذاتى حول ظهور الهلع ، مثال ذلك أن مارجراف وتيلور وايلرز وروث واجراس Margraf, Taylor, Ehlers, Roth and Angras (1987) وجدوا أن ٤٠٪ من التقارير الذاتية عن الهلع غير مرتبطة بالزيادة فى معدل ضربات القلب . ويبدو مقنعاً أن غياب إثارة حقيقية يعكس القلق التوقعى فى مقابل الهلع الحقيقى . يضاف إلى ذلك أن إدراك التهديد أو الخطر غالباً ما ينكر ، ربما بسبب نقص الميكانيزمات المعرفية اللاشعورية ، وأخيراً فإن إلحاح الهرب يضعف أحياناً نتيجة لوجود مؤشرات أمان (مثل وجود أشخاص ذوى أهمية للفرد أو وجود إمكانات طبية أو مطالب موقفية) .

جدول (١ : ١) محكات الدليل التشخيصى الرابع لنوبات الهلع

نوبة الهلع

فترة غير متصلة من الخوف الشديد أو عدم الراحة ، تحدث فيها أربعة على الأقل من الأعراض المفاجئة الآتية ، وتصل إلى عنفوانها خلال عشر دقائق .

١ – خفقان سريع للقلب وضربات قوية ، أو زيادة فى معدل ضربات القلب .

٢ – تعرق .

٣ – ارتعاد أو ارتعاش .

٤ – إحساسات بانقطاع التنفس أو ضيق النفس .

٥ – شعور بالصدمة .

(1) Cognitive attributional model

٦ – ألم فى الصدر أو عدم راحة .

٧ – قئ أو ألام فى البطن .

٨ – الشعور بالدوار وعدم الثبات وخفة الرأس أو الإغماء .

٩ – عدم الواقعية (الشعور بعدم الواقعية) ، أو فقدان الشعور بالذات .
(الإحساس بالانفصال عن الذات) .

١٠ – الخوف من فقدان التحكم فى النفس أو التعرض للجنون .

١١ – الخوف من الموت .

١٢ – الإحساس بالخدر (إحساس بالخدر أو الوخز) .

١٣ – الإحساس بالقشعريرة أو اندفاع الدم الحار .

وقد تظهر نوبات الهلع فى كثير من اضطرابات القلق (مثال ذلك اضطراب الهلع ، المخاوف الاجتماعية ، المخاوف البسيطة ، اضطرابات ما بعد الصدمة) . ولتحديد الدلالة التشخيصية الفارقة لنوبة الهلع ، من المهم وضع الموقف الذى تظهر فيه نوبات الهلع فى الأعتبار ، وهناك نوعان من العلاقات النموذجية بين ظهور أول نوبة للهلع والمثيرات الموقفية :

١ – نوبات الهلع غير المتوقعة (لا توجد مؤشرات على أنها ستحدث) حيث لا ترتبط نوبة حدوث الهلع بمثيرات موقفية (بمعنى أنها تظهر بلا مقدمات) ، وظهور نوبات الهلع غير المتوقعة من متطلبات تشخيص اضطرابات الهلع .

٢ – نوبات هلع متعلقة بالموقف (توجد مؤشرات لحدوثها) وحيث يظهر الهلع غالباً ، وبنمط ثابت فور التعرض لمثير موقفى (مؤشر) أو توقعه، وغالباً ما تكون نوبات الهلع هى السمة المميزة للمخاوف الاجتماعية والنوعية .

والتشخيص الفارق لنوبات الهلع معقد نتيجة لحقيقة عدم وجود علاقات حاسمة بين نوع النوبة الهلعية والتشخيص . مثال ذلك أنه على الرغم من أن تعريف اضطراب الهلع يتطلب أن تكون بعض نوبات الهلع غير متوقعة ، إلا أن الأشخاص الذين تنطبق عليهم محكات هذا الاضطراب كثيراً ما يتعرضون لنوبات مسبوقة بمؤشرات ، وبالأخص فى فترة متأخرة من الاضطراب . والأكثر من ذلك

أن هناك بعض مظاهر النوبات الهلعية لا تجارى أياً من نموذجى العلاقات المشار إليهما . وهذه النوبات الهلعية الموقفية أقرب للظهور عند التعرض للمثيرات الموقفية ، ولكنها لا ترتبط بشكل ثابت بهذه المثيرات ، يضاف إلى ذلك أن النوبات الهلعية لا تحدث بالضرورة فور التعرض للمثير ، وهناك دلائل على أن نوبات الهلع الموقفية متكررة بشكل خاص فى إضطراب الهلع ، ولكنها قد تظهر فى بعض الأوقات فى أنواع معينة من المخاوف أو المخاوف الأجتماعية .

وهناك قصور يتمثل فى مدى ما تكون عليه هذه المجموعة من المحكات ، عند استخدامها فى تحديد أو تعريف الحدود الفاصلة بين الأضطرابات الواردة فى هذا القسم .

ويتعين أن تؤكد مجموعات المحكات بالضرورة على نماذج أعراض كل اضطراب . وسيناقش القسم الخاص بالتشخيص الفارق فى الدليل التشخيصى الرابع قضايا التشخيص للحالات الحدية لهذه الأضطرابات .

ولا يكفى ظهور نوبات الهلع لوصف ظاهرة اضطراب الهلع ، واضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن المفتوحة . وقد أوضحت بحوث عديدة مستقلة أن حوالى من ١٠ ٪ إلى ١٢ ٪ من الجمهور العام تعرضوا لخبرة نوبة هلع واحدة على الأقل خلال الأثنى عشر شهراً السابقة .

(مثال ذلك :

(Norton, Doward, & Cox, 1986; Telch, Lucas & Nelson, 1989)

وعلى النقيض من ذلك ، فإن ما بين ٢ ٪ إلى ٥ ٪ من الجمهور العام انطبقت عليهم محكات نوبات الهلع المصحوبة بخواف الأماكن المفتوحة (Mayers et al., 1984) ، يضاف إلى ذلك أن نوبات الهلع تظهر فى أنواع من إضطرابات القلق واضطرابات المزاج (Barlow, Vermilyea, Blanchard, Vermilyea, & Dinardo, 1985) كما أنها غير قاصرة على اضطراب الهلع واضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن المفتوحة وبالتالى فإن تعريف خصائص اضطراب الهلع واضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن المفتوحة تم باعتباره قلقاً عند

تكرار حدوثه مقابل الهلع فى حد ذاته . (Barlow, 1988) . ولنضع فى اعتبارنا المشهد التالى على سبيل المثال بين عميلة ومعالج .

العميلة : أرقد أحياناً مستيقظة خلال الليل ، وأنا أفكر فى مليون احتمال مختلف . ما الذى سيحدث لابنتى إذا مرضت ، من الذى سيتولى العناية بها . وما الذى سيحدث إذا مات زوجي دون أن يكون لدينا ما يكفى من المال ، ولم تستطع أبنتى الحصول على تعليم جيد ، ثم أفكر بعد ذلك فى المكان الذى سنقيم فيه وكيف سنتصرف . وأحياناً ما أجهد نفسى للغاية لدرجة أن ضربات قلبى تتسارع فجأة وبشدة وتعرق يداى ، وأشعر بالدوار والخوف. لذا أجد أن علىّ أن أتوقف عن التفكير فى كل هذه الأشياء . وعادة ما أنهض وأشاهد التليفزيون ؛ لكى يساعدنى على النوم .

المعالج : هل يخيفك شعورك بسرعة ضربات قلبك وعرقك والدوار الذى تشعرين به ، لدرجة أنك تنزعجين من حدوث هذه المشاعر مرة ثانية ؟ .

العميلة : لا ، إنها مشاعر غير سارة ، ولكنها أخر ما افكر فيه ، إننى أكثر انزعاجاً بالنسبة لابنتى ومستقبلنا .

ويوضح هذا المثال خبرة الهلع ، والتى لا تكون محور قلق الشخص ، والأقرب لذلك فإن هذه المرأة تعانى من اضطراب قلق عام يقودها إلى هلع موقفى. وتوجد أمثلة مشابهة فى حالات المخاوف الاجتماعية ، واضطراب الوسواس القهرى ، والمخاوف النوعية ، واضطرابات الحالة المزاجية .

ويشير التجنب [1] فى مخاوف الأماكن المفتوحة إلى تجنب المواقف المفزعة أو البقاء فيها تحت وطأة الهلع ؛ حيث يكون الهرب منها صعباً أو يكون طلب النجدة فيها غير متاح فى حالة حدوث نوبة الهلع ، أو فى حالة تزايد الأعراض المحرجة ، والتى لا يمكن احتمالها ، مثل فقدان التحكم فى الأمعاء (التبرز) أو القيئ وتتضمن مواقف خواف الأماكن المفتوحة النمطية ، الخوف من الذهاب إلى المراكز التجارية للتسوق ، الانتظار فى صف ، الذهاب إلى المسارح ،

(1) Avoidance

السفر بسيارة أو حافلة ، دخول مطعم مزدحم ، والبقاء منفرداً فى مكان ما ، ويتم تقدير التجنب فى مخاوف الأماكن المفتوحة باعتباره عجزاً فى الأداء ، يتراوح بين عجز بسيط ومتوسط وحاد . ومن أمثلة مخاوف الأماكن المفتوحة البسيطة تردد الشخص في القيادة لمسافات طويلة بمفرده ، ولكنه يستطيع القيادة من وإلى العمل ، ويفضل الجلوس قرب الممشى فى المسارح ودور السينما ولكنه يظل يذهب إلى دور السينما ، ويشعر بعدم الراحة فى الأماكن المزدحمة . ومن أمثلة مخاوف الأماكن المفتوحة متوسطة الدرجة الشخص الذى يقود السيارة لمسافة لا تزيد عن خمسة أميال من البيت ، بشرط أن يكون مصحوباً بأحد ، والذى يتسوق فى الفترات التى تخلو من الزحام ، ويتجنب الأسواق التجارية الكبيرة ويتجنب الطيران أو السفر بالقطار ومن الأمثلة الحادة التقيد الكامل بالبيت أو خواف التقيد النسبى (بالبقاء فى البيت) .

وبالنسبة لبعض الأشخاص ، فإن الدرجة التى يصل اليها خوفهم أو تجنبهم للمواقف المثيرة للخوف تظل ثابتة نسبياً عبر الزمن . وبالنسبة لآخرين تكون التداعيات الموقفية أقل اتساقاً كما توضحها التعبيرات الآتية لعميل : «كل هذه المواقف يمكن أن تكون صعبة بالنسبة لى ، غير أننى استطيع التعامل معها أحياناً دون أية مشكلة على الإطلاق ، ويعتمد الأمر على مدى شعورى بالقلق بصفة عامة فى اليوم المعين» .

التصـــنيف

تغير تعريف الدليل التشخيصى الرابع لاضطراب الهلع ، واضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن المفتوحة بطرق مختلفة عن تعريفات الطبعة الثالثة المنقحة للدليل التشخيصى والإحصائى الثالث للاضطرابات العقلية (DSM-III-R, APA, 1987)

أولاً : أستبعد تحديد عدد معين من نوبات الهلع ، وتم التأكيد على خاصية كونه غير متوقع ، أو ليس فى الحسبان (أنظر جدول ٢ : ١) .

ثانياً : أصبحت الأعراض المعرفية التى تمثل النوبة أو نتائجها جزءاً من التعريف ، وأحياناً ما يكون لدى بعض العملاء خواف أماكن مفتوحة تقليدى ، دون أن يكونوا قد مروا إطلاقاً بخبرة نوبة هلع فعلية ، وعلى أى الأحوال فغالباً ما يكون كل العملاء الذين يعرضون فى العيادة قد عانوا من عرض واحد على الأقل

من الأعراض التى سبق الإشارة إليها ، مثل القيىء وتصبب العرق ، أو (الخوف من) فقدان التحكم فى الأمعاء [التبرز] أو التحكم فى التبول . ويبدو أن «هذه النوبات محدودة الأعراض» تخدم الهدف الوظيفى نفسه بوصفها نوبات هلع كاملة، ولكن لأن هؤلاء الأفراد لم يتعرضوا على الإطلاق لنوبة هلع وفقاً للوصف المقدم فى هذا السياق ، فإن محكات خواف الأماكن المفتوحة تنطبق عليهم دون أن يكون لهم تاريخ فى اضطراب الهلع . ولهذه القضية قليل من الدلالات فى العلاج النفسى الأجتماعى الذى يوصف فى هذا الفصل ، وقد تبين من خبرتنا أن هؤلاء الأفراد يستجيبون بالمثل للعلاج .

الملامح البارزة

عادة ما يكون السعى نحو علاج الهلع ومخاوف الأماكن المفتوحة حول عمر الرابعة والثلاثين ، على الرغم من أن متوسط العمر الذى تظهر فيه الأعراض لأول مرة يتراوح بين ٢٣ ، ٢٩ .

(Breier, Miller, Rotunda, & Barlow, 1990; Noyes et al., 1986)

ويذكر حوالى ٧٢٪ تقريباً (Craske et al., 1990) وجود موترات غير محددة حول وقت تعرضهم لأول نوبة هلع ، بما فى ذلك التوترات الشخصية والتوترات الجسمية ، مثل : الخبرات السلبية مع العقاقير والأمراض ، أو حدوث وفاة فى العائلة . وعلى أى الأحوال فإن عدد الموترات لا يختلف عن العدد الذى يحدث سابقاً على بداية الحالة فى الأنواع الأخرى من اضطرابات القلق .

(Pollard, Pollard, & Corn, 1989; Rapee, Litwin, & Barlow, 1990; Roy-Byrne, Geraci, & Uhde, 1986) . وقد مر أصحاب نصف التقارير غالباً بخبرة مشاعر هلعية فى وقت أو آخر ، قبل أول نوبة هلع بما يوحى أن بداية الحالة إما أن تكون متمكنة أو حادة (Craske et al., 1990) ، ونادراً ما يحدث التشخيص بمعزل عن مشكلات أخرى . فمن الشائع ظهورها مصحوبة بحالات المحور الأول (Axis I) ، بما فى ذلك المخاوف البسيطة والمخاوف الاجتماعية والعصاب [1] (Sanderson, DiNardo, Rapee & Barlow, 1990)، وقد أظهرت عدة بحوث مستقلة أن ما بين ٢٥٪ إلى ٦٠٪ يستوفون محكات

---

(1) Dysthymia

اضطرابات الشخصية وغالباً ما يكون ذلك تجنباً ، واضطراب شخصية غير مستقل .

جدول (٢ : ١)
صحيفة (بروفيل) تقييم اضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن المفتوحة

١ - معالم الهلع :

- إحساسات : انعدام الواقعية - دوار . خفقان القلب
- مدى تكرارها : ثلاث مرات أسبوعياً فى المتوسط .
- استمرارها : خمس دقائق فى المتوسط .
- إدراكها : موجودة فى عقلها فى ٧٥٪ من الوقت .
- أنماطها : أغلبها متوقع ، وله مؤشرات ، ولكن لا توجد مؤشرات على البعض .

٢ - المقدمات :

- الموقفية : القيادة فى الطرق السريعة ، التواجد فى تجمعات من الناس ، التواجد منفردة . . . ليلاً على وجه الخصوص ، المطاعم، الظلام .
- المشاعر الجسمية الداخلية : تذبذب ضربات القلب ، الإحساس بخفة الدماغ ، الإحساس بالجوع ، الشعور بالضعف نتيجة لنقص الغذاء .
- الحالة المعرفية الداخلية : أفكار حول حدوث أمر كبير . أفكار حول عدم القدرة على التصرف فى هذه المواقف أكثر من ذلك .
- الانفعالات الداخلية : غاضبة أحياناً .
- الأنشطة : القراءة والتركيز لفترات طويلة من الوقت ، القيام بأنشطة أيروبك .
- المنبهات : كافيين .
- أحداث الحياة المثيرة للتوتر : الجدل مع الأم حول الأخت .

٣ - سوء التقييم :

- بدنيـــــــا : لا يوجد .
- عقـــــــلياً : لن يحدث أن تعود لكى تصبح سوية ، فى طريقها للجنون .
- اجتمـــاعيا : سيرى الآخرون أننى قلقة ، وأننى أفكر أننى مهمومة .

٤ - الاستجابات السلوكية لنوبات الهلع :

- الهـــــــرب : الهرع إلى جانب الطريق ، مغادرة المطاعم وبقية الأماكن المزدحمة .
- طلب المساعدة : طلب الزوج فى بعض الأوقات السابقة ، ولكن نادراً ما تطلبه الآن .
- الحمـــــــاية : الحاجة لهواء منعش ، حمل الفاليوم معها رغم ندرة استعماله .

٥ - الاستجابات السلوكية لتوقع نوبة الهلع .

- تجنب موقفى : تجنب القيادة لمسافات طويلة بمفردها ، تجنب الطرق غير المألوفة والطرق السريعة والأماكن المزدحمة .
- الأنشطة المتجنبة : تجنب ممارسة الرياضة ، أو عمل أى شىء لفترة طويلة من الوقت .
- التجنب المعرفى : محاولة عدم التفكير فى القلق .
- مؤشرات الأمان : حمل الأدوية ، دائماً ما تعرف مكان وجود زوجها فى أى وقت .

٦ - المترتبات :

- الأســـــــرة : الزوج مهتم ويساندها . والأم تعتقد أن عليها أن تستجمع شتات نفسها ؛ لأن كل ذلك فى رأسها .
- العمـــــــل : ما زالت تعمل ولكنها خفضت من عدد ساعات عملها.
- الترفـــــية : أصبح السفر أقل كثيراً .
- اجتمــــاعيا : قللت من نشاطها الاجتماعى .

٧ - القلق العام :

بعض صعوبات فى التركيز ، النوم غير مريح ، صداع ، الآم وأوجاع عضلية .

(Chambless & Renneberg, 1988; Mavissakalin & Hamman, 1986; Reich, Noyes & Troughlon, 1987) . وعلى أى الأحوال ، فإن طبيعة العلاقة بين اضطراب الهلع واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة ، واضطرابات الشخصية ما زالت غير واضحة . من ذلك أن المعدلات الخاصة بانتشارهما ما زالت معتمدة إلى حد كبير على المنهج المستخدم فى تحديد المحور التشخيصى الثانى ، والأمر بالمثل فى الظهور المشترك مع المزاج الاكتئابى (Chambless & Renneberg, 1988; Alnaes & Torgeren, 1990) كما أن بعض اضطرابات الشخصية تنحسر بعد العلاج الناجح لاضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة . (Mavissakalian & Hamman, 1987; Noyes, Reich, Suelzer, & Christiansen, 1991)

تاريخ العلاج النفسي لا ضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة

لم يسبق وصف اضطراب الهلع والتعرف عليه باعتباره مشكلة قلق نوعية إلى أن ظهرت الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والاحصائى للأمراض العقلية (DSM-III; APA, 1980) ، وحتى ذلك الوقت كان ينظر إلى نوبات الهلع بشكل أولى على أنها أحد أنواع القلق الهائم ، وكانت الأساليب النفسية لعلاجها غير محددة ، وكانت تتضمن الاسترخاء وإعادة تنظيم البنية المعرفية لأحداث الحياة بصفة عامة (مثال ذلك Barlow, Cohen et al., 1984) وقد افترض الكثيرون أن العلاج الدوائى كان ضرورياً للتحكم فى نوبات الهلع . وعلى العكس من ذلك كان علاج خواف الأماكن المفتوحة شديد التحدد منذ السبعينات وما بعدها ، وكان يستخدم فيه أساساً منحى يعتمد على تعريض المريض لمصادر المخاوف فى مواقف معينة . وعلى أى الأحوال ، فقد حظيت نوبات الهلع بالقليل من الأهتمام نسبياً سواء من حيث صياغتها النظرية أو فى إطار علاج مخاوف الأماكن المفتوحة ، وقد أظهرت البحوث أنه لا يمكن التحكم فى نوبات الهلع بشكل متسق من خلال منحنى التعرض الموقفى .

(مثال ذلك Michelson, Mavissakalian, & Marchlone, 1985) وتشير الشواهد القصصية إلى تزايد احتمالات الانتكاس لمخاوف الأماكن المفتوحة كلما تزايدت مقاومة الهلع (Arnow, Taylor, Agras, & Telch, 1985; Graske, street & Barlow, 1989) . وقد أعتمد استنباط اساليب العلاج النوعية الأكثر قدرة على التحكم فى الهلع على صياغة جديدة لنوبات الهلع واضطراب الهلع .

نماذج اضطراب الهلع

تبين الآراء العديدة المتقاربة حول الهلع أن الأختلافات فيما بينها كانت فقط حول تأكيداتها (Barlow, 1988; Clark et al., 1988; Ehlers & Morgraf, 1989) وتؤكد هذه النظريات أهمية الاستجابات النفسية لمجموعة من الإحساسات الفسيولوجية وبشكل أكثر تحديداً يمكن النظر لاضطراب الهلع على أنه نوع من الخوف من إحساس جسمى معين مرتبط بنوبات هلع .

وقد حظى المنحى النفسى البيولوجى (Barlow, 1988) باهتمام متزايد ، وحيث تصاغ النوبة الهلعية الأولية نظرياً فى ضوء هذا المنحى باعتبارها إخفاقاً فى منظومة الخوف تحت مواقف الحياة المثيرة للتوتر لدى أولئك الأفراد ذوى الاستعداد للإصابة . وطبيعة القابلية الفسيولوجية للإصابة ما زالت حتى الآن موضوعاً للتساؤل ، وهى تفسر على أقل تقدير باعتبارها استجابة مفرطة أو أنها جهاز عصبى مستقل غير مستقر . والقابلية الفسيولوجية للإصابة ، والتى يمكن أن تتحدد جزئياً بالانتقال الوراثى تتسق مع معدلات التلازم بين اضطراب الهلع واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة فى أقارب الدرجة الأولى (Crowe, Noyes, Pauls, & Slymen, 1983; Moran, & Andrews, 1985, Tögrsen, 1983) ويصاغ مفهوم القابلية النفسية للإصابة باعتباره مجموعة من المعتقدات المحملة بالخوف ، والتى تدور حول الإحساسات الجسمية (قد تعنى سيرعة ضربات القلب ذبحة صدرية «أو» أنا ضعيف لدرجة أننى لا أستطيع التحكم فى انفعالاتى) وحول العالم بصفة عامة (تجرى الأحداث بطريقة خارجة عن التحكم) وتبدو مفاهيم عدم القدرة على التحكم والحساسية للقلق (Reiss, Peterson, Gursky & McNally, 1986) مركزية فى المنظومة المعرفية لاضطراب الهلع ، واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة .

ويحتمل أن تكون خبرات الحياة المتعلقة بتطور مثل هذه المنظومات قد تضمنت تحذيرات من أشخاص ذوى أهمية للفرد ، تتعلق بمخاطر عضوية وعقلية من بعض الإحساسات الجسمية المعينة (أشخاص مثل الوالدين مفرطى الحماية) أو أحداث الحياة السلبية والجوهرية غير المتوقعة ، والتى لا يمكن التحكم فيها (مثل فقدان الوالدين) .

وكما سبق أن قدمنا عند وصفنا السابق ، فإن أحداث الحياة المثيرة للتوتر حول وقت حدوث النوبة الأولى تكون أساساً شخصية وبدنية فى طبيعتها . ومن المعتقد أن اضطراب الهلع ، واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة ينتج عن حالة استهداف ، تجمع بين المثيرات الحياتية والاستعداد الفسيولوجى والنفسى للإصابة . ويمكن تصور أن التوتر يزيد من مستوى الحث الفسيولوجى ، أو أنه يعزز المنظومات المعرفية الخاصة بعدم القدرة على التحكم فى الإحساسات الجسمية وإدراكها .

ويؤكد كل من بارلو Barlow (1988) ولبه وراون Wolpe and Rowan (1988) الطبيعة الصدمية لنوبة الهلع الأولى وما يتلوها من تعلم راسخ . وتتضح الطبيعة الصدمية لنوبة الهلع الأولى من العدد الكبير نسبياً من الأفراد الذين يسعون للحصول على رعاية الطوارئ الطبية ؛ نتيجة لسوء تقديرهم لنوبة الهلع بأعتبارها موتاً وشيكاً . وبالتالى يحتمل أن تتطور تداعيات الخوف فى السياق الموقفى ، وفى الإحساسات الجسمية القائمة وقت حدوث النوبة الأولى . ويرجع مفهوم تعلم الخوف من الإحساسات الجسمية إلى تفسير رزران Razran (1961) للتشريط الباطنى[1] ، وهو نوع من التشريط مقاوم نسبياً للانطفاء ، كما أنه لا شعورى بمعنى أن استجابات الخوف التى تم تشريطها باطنياً لا تعتمد على الشعور الواعى للإشارة المثيرة ، وبالتالى فإن نوبات الهلع قد تبدو وكأنها تعمل دون إشارات منبهة أو أنها تظهر دون مقدمات ، بينما تستثار فى الحقيقة بالتذبذب الدقيق فى الحالة الجسمية (Barlow, 1988) مثال ذلك أن تغيراً طفيفاً فى ضغط الدم قد يثير خوفاً يسبق التعرض لنوبة هلع . ومن هنا يمكن اعتبار اضطراب الهلع خوفاً من الإحساسات الجسمية . وعلى أى الأحوال ، فإن اضطراب الهلع يختلف عن الأنواع الأخرى من المخاوف من ناحيتين جوهريتين :

الأولى : أنه طالما أن مؤشرات الخوف الداخلية (أى الإحساسات الجسمية)

(1) Interoceptive Conditioning .

يمكن أن تتكثف باعتبارها دالة للقلق والخوف ، فإن الخبرةُ الانفعالية تميل إلى التزايد تلقائياً .

الثانية : تميل المؤشرات الداخلية للخوف لأن تكون أقل قابلية للتنبؤ ، كما أن إمكانية الهرب منها أقل مما يحدث فى حالة موضوعات المخاوف الخارجية أو مواقفها . وبالتالى فإن المؤشرات الداخلية للخوف يمكن أن تستثيره بشكل أكثر تكراراً أو أقل قابلية للتنبؤ ، وهو ما يؤدى بدوره إلى قدر أكبر من القلق غير المتوقع حول عوده ظهور القلق (Craske, 1991) . والأكثر من ذلك فإن القلق المتوقع من حدوث الهلع يزيد من احتمالية حدوثه ، طالما أن استثارة القلق تزيد من يسر استثارة الإحساسات ، التى أصبحت مؤشرات تشريطية للهلع ، بالإضافة إلى زيادة درجة يقظة الانتباه لمثل هذه المؤشرات (Barlow, 1988) ، وبهذا الأسلوب تنشأ دائرة كاملة مغلقة بين الهلع وإدراك القلق حول الهلع .

ويتزايد التدعيم التجريبى لهذه الصياغة النظرية ؛ فعلى سبيل المثال يميل الأشخاص الذين يصابون بالهلع لتبنى اعتقادات ومخاوف أقوى حول الأذى البدنى والعقلى تتزايد نتيجة لإحساسات جسمية نوعية (Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984; Clark et al., 1988; Holt & Andrews, 1989; McNally & Lorenz, 1987; Van-den Hout, Vander Molen; Griez & Lousberg, 1987) ، وعلى الرغم من أن الروابط التنبؤية بين إحساسات جسمية محددة وعناصر معرفية محددة غير ثابتة ، ووجهت كوستيللو Costello (1992) لفحص صدق النماذج المعرفية ، إلا أن هناك بعض الدلائل على وجود وعى وقدرة مرتفعة للكشف عن الإحساسات الجسمية المتعلقة بالاستثارة . (Ehlers & Breuer, 1992; Ehlers & Margraf, 1989) ، وذلك فى ضوء افتراض ميكانيزمات التيقظ للانتباه . وعلى أى الأحوال ، فلم يتمكن أنتوتى وزملاءه Antony et al. (1993) من الحصول على النتائج ذاتها مرة أخرى . فالأشخاص الذين يعانون من اضطراب الهلع شديدى الخوف من أى إجّراءات تستثير إحساسات جسمية مشابهة لتلك التى يعانونها أثناء نوبات الهلع ، بما فى ذلك البدء فى عمل رسم قلب أو تنفس أو تمرينات رسم الموجات الصوتية .

(Zarate, Rapee, Craske, & Barlow, 1988) . وبالمثل فإن التعرض لعائد فسيولوجى زائف يثير خوفاً أكبر فى حالات الهلع ، وحالات الهلع المصحوبة بمخاوف الأماكن المفتوحة مقارنة بما يحدث فى المجموعات الضابطة . (Ehlers,

(Taylor, Margraf, Roth, & Birnhaumer, 1988 ، وتبين الدلائل المساندة من البحوث المختلفة أنه يبدو أن تصحيح سوء تقييم الإحساسات الجسمية يقلل من الإحساس بالخوف . فهناك تقارير على سبيل المثال حول قدر جوهرى من الانخفاض فى الهلع حدث عندما أحيط المفحوصين بالآثار البدنية المتوقعة للإفراط في التنفس (Rapee, Mattick, & Murrell, 1986) ، أو عندما وجهوا للاعتقاد بأنهم يتحكمون فى إدارة ثانى أكسيد الكربون . (Sanderson, Rapee, & Barlow, 1989) ويلاحظ أن القدر من التجنب الذى يطوره مريض خواف الأماكن المفتوحة فى سياق اضطراب الهلع شديد التباين بين الأفراد ، وقد جرت عدة محاولات لتحديد منبئات العجز الذى يرجع إلى خواف الأماكن المفتوحة . وعلى الرغم من ميل الأشخاص الذين يعانون من خواف الأماكن المفتوحة لأن يكونوا من أصحاب التاريخ الطويل فى الهلع ، إلا أن العلاقة بالأزمان ضعيفة نسبياً ؛ حيث إن نسبة كبيرة من هؤلاء الناس يعانون من الهلع لسنوات طويلة ، دون أن يطوروا خوافاً للأماكن المفتوحة .(للمراجعة : أنظر Craske & Barlow, 1988) . كما أن خواف الأماكن المفتوحة لا يرتبط بالعمر عند حدوث أول نوبة ولا بنوع الأعراض ، التى يعانى منها أثناء الهلع ، ولا بمقادير الأنواع الأخرى من الهلع (بمعنى المؤشرات الموقفية مقابل غير الموقفية أو المتوقعة مقابل غير المتوقعة) ولا بتكرار الهلع (Craske & Barlow, 1988) . ومن ناحية أخرى، فإن الإناث هن صاحبات الدرجة المرتفعة فى حدة التجنب (Thyer, Himle, Curtis, Cameron & Nesse, 1985) ، ونتيجة لذلك أفترض أن سلوك الدور الجنسى والتوقعات والمطالب الموقفية المرتبطة به تؤثر فى الدرجة التى تؤدى إلى حدوث خواف الأماكن المفتوحة بوصفه نمطاً سلوكياً استجابة لتوقعات الهلع (Craske & Barlow, 1988) . ويتسق مع ذلك أن احتمال الظهور المشترك للسلوك الاعتمادى أو اضطرابات الشخصية المتجنبة أكبر للغاية عند وجود مخاوف الأماكن المفتوحة (Reich et al., 1987) بما يوحى بوجود نمط سلوك تجنبى للتهديد أو التحدى بصفة عامة . ومن الجدير بالذكر أن نمطاً آخر من التعامل قد يكون أكثر شيوعاً لدى الذكور ، هو مواجهة المواقف المتوقعة بمساعدة الكحول أو العقاقير (Barlow, 1988) . وبالتالى ينظر إلى نوبات الهلع وخواف الأماكن المفتوحة باعتبارهما استجابات مستقلة ، وإن كانتا شديدتى الصلة .

وتتسم أهداف التدخل العلاجى التى تشتق من هذه الصياغة النظرية بالآتى:

١ – أن الخوف الحاد هو من الإحساسات الجسمية .

٢ – يتضمن الإدراك المتمكن للهلع والإحساسات الجسمية إستثارة مفرطة ومزمنة وتيقظاً للانتباه .

٣ – تجنب خوافى للأماكن المفتوحة .

مجال العلاج

يتضمن هذا القسم وصفاً لمجال العلاج وبنية العلاج المعرفى السلوكى لاضطراب الهلع واضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن المفتوحة . ويصف القسم التالى الإستراتيجيات العلاجية بالتفصيل .

مواقف العلاج

تستخدم ثلاثة أنواع مختلفة من المواقف ، الأول هو الجلسة التى تجرى فى العيادة الخارجية ، والتى تناسب عملية التعلم وإعادة تنظيم البنية المعرفية ، والعائد (١) المتعلق بالواجبات المنزلية ، وتجارب أو بروفات لعب الدور ، بالإضافة إلى إمكان القيام ببعض التدريبات الحية فى العيادة مثل التعرض التخيلى (٢) والذى سيوصف فيما بعد . وعلى أى الأحوال ، فإن مؤشرات الأمان القائمة فى بنية جلسة العيادة يمكن أن تحد من عمومية التعلم المتوفرة فى هذا الموقف وتتضمن مؤشرات الأمان كلاً من المعالج والمكان وبالأخص إذا كان فى نطاق مركز طبى . وقد ألقى بوتون (1988) Bouton الضوء على دور السياق فى التعلم والعودة التالية للخوف .

الموقف الثانى لتنظيم تدريبات التعرض فى المواقف الحية (٣)، سواء بمعاونة المعالج أو على انفراد هو البيئة الطبيعية . والتعرض الذى يوجهه المعالج مفيد على وجه الخصوص للعملاء ، الذين لا تتوفر لديهم شبكة علاقات اجتماعية، تساند واجبات التعرض فى المواقف الحية . وعلى أى الأحوال ، فهناك بعض الدلائل التى توحى أن التعرض الموجه بواسطة المعالج ليس أكثر تأثيراً من التعرض المعتمد على التوجيه الذاتى .

وقد بين كل من غوش وماركس (1987) Ghosh and Marks وجانون ومانبى وكاتالان وجيلدر (1980) Jannoun, Munby, Catalan, Gelder أن

---

(1) Feedback
(2) Introceptive exposure
(3) In vivo exposure

البرامج المصحوبة بدليل تفصيلى مع الحد الأدنى من الصلة بالمعالج ، لها التأثير نفسه الذى يكون للبرامج التى تقوم على الصلة المكثفة بالمعالج . ومن ناحية أخرى ، وجد كل من هولون واوبراين وبارلو وستايتسون وانفانتينو Holden, O'Brien, Barlow Stetson, Infantino (1983) أن التعرض ذاتى التوجيه لم يكن ذا تأثير لدى مجموعة من المصابين بخواف الأماكن المفتوحة الملازمين لمنازلهم ، بالإضافة إلى ذلك قد تكون هناك درجة مرتفعة من الإنهاك الناتج عن التعرض الذاتى (Mcnamee, O'sullivan, Lelliot & Marks, 1989) . وعلى هذا فإنه يوصى بمضاهاة منحى التعرض مع بروفيل استجابة العميل . يضاف إلى ذلك أن التعرض بتوجيه المعالج يتعين أن يتبعه تعرض بتوجيه ذاتى للتغلب على الاعتماد على المعالج .

الموقف الثالث من خلال التيسيرات المتاحة للمريض المقيم. ويعد هذا الموقف هو الأنسب عند القيام بعلاج معرفى سلوكى مكثف (مثال ذلك الصلة اليومية بالمعالج) ، أو فى حالة الأشخاص المعاقين إعاقة شديدة ممن لا يستطيعون العمل فى بيئة المنزل . بالإضافة إلى أن بعض التعقيدات الطبية أو العقاقير قد تتطلب العلاج داخل المستشفى . والعائق الأساسى فى موقف العلاج داخل المستشفى هو صعوبة تعميمه على البيئة المنزلية . ولهذا السبب فإن التحول من موقف لآخر واستخدام جلسات تعزيزية ، يقوم بها المعالج فى منزل العميل الخاص يعد مفيداً للغاية .

سياق العلاقات الشخصية

جرى بحث سياق العلاقات الشخصية من حيث دورها فى علاج مخاوف الأماكن المفتوحة وتطور العلاج وعدم عودة الأعراض . وأسباب الشغف بهذا البحث يتضح من الأقوال الآتية :

«زوجى لا يفهم فى الحقيقة . إنه يعتقد أن كل ذلك يدور فى رأسى ، وينتابه الغضب من كونى غير قادرة على التصرف . وهو يقول إننى ضعيفة ولا أتحمل المسئولية وهو يستاء من قيادتى فى كل شىء ، وفى القيام بالأعباء الخاصة بالأطفال ، والتى أصبحت لا أستطيع القيام بها . ونحن نتجادل كثيراً لأنه يعود إلى البيت متعباً ومحبطاً لا فقط من العمل ، ولكن ليحبط أكثر من المشكلات التى أعانيها ، ولكنى لا أستطيع القيام بشىء دونه . إننى خائفة للغاية أن أنهار

إلى حطام لا حول لها بدونه أو أننى سأصبح وحيدة فى الأيام الباقية لى من عمرى . وبقدر قسوته إلا أننى أشعر معه بالأمان لأنه متحكم دائماً فى كل الأمور. وهو يعرف دائماً ما يريد» .

«صديقى يحاول بشدة مساعدتى . وهو حذر دائماً فيما يتعلق بمشاعرى ، ولا يضغط علىّ لأفعل أشياء لا أستطيع القيام بها . وهو يتصل بى تليفونيا من عمله لكى يطمئن علىّ . وهو يبقى معى فى البيت ، ويأخذ يدى بين يديه عندما أكون فزعة حقّاً . وهو لا يتردد أبداً فى مغادرة أى مكان والعودة معى إلى البيت عندما أكون فى وقت سيىء . وفى الأسبوع الماضى فقط كنا فى زيارة بعض أصدقائه . وكان علينا أن نغادرهم . وقد شعرت بالذنب لأننا لم نفعل الأشياء التى اعتدنا أن نستمتع بعملها معاً . لم نعد نذهب إلى دور السينما . وكنا نحب الذهاب إلى مباريات الكرة ، ولكن الأمر أصبح أكثر مما أستطيعه . أنا شاكرة له للغاية ، أنا لا أعرف ماذا أستطيع أن أفعل بدونه» .

ومن المعتقد أن هناك على الأقل بعض الأشكال من خواف الأماكن المفتوحة تكشف عن صراع بين الرغبة فى الاستقلال الذاتى والرغبة فى الاعتماد على العلاقات الشخصية (Goldstein & Chambless, 1987; Fry, 1962) ذلك أن مريض خواف الأماكن المفتوحة يقع فى فخ علاقة مسيطرة دون أن تتوفر لديه المهارات التى تنشط عملية التغيير . وعلى أى الأحوال ، فإن مراجعة التراث تقودنا إلى استخلاص أن مفهوم النظام الزواجى التمييزى ، والذى يهيىء لتطور خواف الأماكن المفتوحة غالباً ما يخلو من المساندة الواقعية . وكما سبق الإشارة قد توجد معالم شخصية مميزة تخدم بوصفها عوامل مهيئة منها على الأخص حساسية العلاقات الشخصية (Noyes et al., 1986; Thyer et al., 1985) . وعلى أى الأحوال ، فإن الطريقة التى تؤثر بها هذه الحساسية الشخصية غير معروفة . ومن ناحية أخرى فإن التنافر أو عدم الرضا الزواجى قد يكشف عن واحد من أسباب التوتر العديدة الممكنة ، التى تعجل بنوبات الهلع .

احتمال آخر هو أن العلاقة الزوجية تتأثر سلباً بتطور خواف الأماكن المفتوحة (Buglass , Clarke, Henderson & Presley, 1977) وبالتالى تساعد على استمرارها . مثال ذلك حالة امرأة لديها خواف أماكن مفتوحة ، كانت قادرة فى فترة سابقة على شراء مستلزمات بقالتها ، وأصبحت تعتمد الآن على زوجها فى الشراء ، ووقعت على الزوج أعباء جديدة أدت بالتالى إلى التنافر الزواجى .

ويضاف الكدر الزواجى إلى الكدر القائم أصلاً بما يساعد على تطوره ، وبحيث يصبح الشفاء أكثر صعوبة .

وسواء أكان الكدر الزواجى سبباً أو نتيجة لاضطراب الهلع ، فقد تبين أن العلاقات الزوجية الضعيفة تؤثر في حد ذاتها سلباً فى الاستجابة للعلاج بالتعرض (Milton & Hafner, 1979; Bland & Hallam, 1981; Dewey & Hunsley, 1989) وقد فشلت دراسات أخرى فى تدعيم هذه العلاقة (Emmelkamp, 1980; Arrindal & Emmelkamp, 1987) .

كما فشل بالمثل كل من هيمادى وكيرناى وبارلو وكوهن واوبراين Himadi, Cerny, Barlow, Cohen and O'brien (1986) فى إقرار وجود علاقة بين الحالة الزواجية ونتائج العلاج . وعلى أى الأحوال ، فإن أغلب المشاركين فى دراسة هيمادى وزملاءه Himadi et al. (1986) تلقو علاجهم بصحبة أزواجهم وقد تبين أن مشاركة الأزواج * فى كل جانب من جوانب العلاج يلغى التأثير السلبى للعلاقات الزوجية الضعيفة على التحسن الذى يطرأ على مريض الخواف (Barlow, O'Brien & Last, 1984; Cerny, Barlow, Craske & Himldi, 1987) . وعلى أى الأحوال يجب ملاحظة أن العينات التى كان الأزواج فيها على استعداد للمشاركة فى العلاج كانت محدودة . وأخيراً فقد فحص ارنو وزملاءه Arnow et al. (1985) تأثير بعض الأنواع المعنية من التدريب الاتصالى مع الزوج مقابل التدريب على الأسترخاء بعد أربعة أسابيع من العلاج بالتعرض الحى . وقد حقق الأفراد الذين حصلوا على تدريب اتصال خفضاً جوهرياً كبيراً فى الدرجة على مقياس مخاوف الأماكن المفتوحة بعد العلاج، مع قدر من الامتياز المستمر على مدى يزيد عن ثمانية أشهر من المتابعة. وتؤكد هذه الدراسات جميعها قيمة مشاركة الزوج فى علاج مخاوف الأماكن المفتوحة . ومازال تأثير عمليات العلاج لمخاوف الأماكن المفتوحة على العلاقات الزوجية غير واضح إلى حد ما . وقد ذكر البعض أن العلاج يمكن أن تكون له بعض التأثيرات الضارة (Hafner, 1984; Hand & Lamon Tagne, 1976) ، بينما ذكر البعض الآخر أنه بلا تأثير أو أن له تأثيراً إيجابياً على الأداء الزواجى (Barlow, O'Brien, Last & Holden, 1983, Himadi et al.,

(*) المقصود هنا الطرف الآخر فى العلاقة الزوجية : الزوج أو الزوجة .

(1986 ويعتقد بارلو وزملاؤه(1983) Barlow et al. أن الآثار السلبية تظهر إذا أجرى العلاج بالتعرض بكثافة دون مشاركة الزوج الآخر ؛ حيث يمكن أن تتغير الأدوار الرئيسية متجاوزة قدرة الزوج الآخر على إدراكها .

المتغيرات المتعلقة بالمعالج

جرت محاولات قليلة للغاية لفحص المتغيرات المتعلقة بالمعالج فى علاقتها بمنحى العلاج المعرفى السلوكى . وقد وجد وليمز وشامبليس Willams and Chambless (1990) أن المرضى الذين يقيّمون معالجيهم باعتبارهم مهتمين ومشاركين وأنهم نموذج للثقة فى النفس يحققون نتائج أفضل على الاختبارات السلوكية . وعلى أى الأحوال فأحد وجوه النقد المهمة لهذه الدراسة ، هى أن تقييم العميل لصفات أو مزايا المعالج ربما يعتمد على استجابة العميل للعلاج .

وقد أكد عدد من الباحثين أهمية خبرة المعالج فيما يتعلق بكفاءته فى المناحى المعرفية على وجه الخصوص (مثال ذلك : Michelson et al., 1990)، وقد وجد ويلكوفيتش وزملاؤه (1991) Welkowitz et al. أنه عندما كان العلاج المعرفى السلوكى الذى طوره بارلو وكراسك وكرنى وكلسكو Barlow, Craske, Cerny and Klosko (1989) يستخدم بواسطة معالج مبتدىء فى موقف طبى ، فإنه يكون قليل التأثير بدرجة ما بالمقارنة بالنتائج المنشورة أساساً بواسطة بارلو وزملائه (1989) Barlow et al. ، وقد حقق ٥٨٪ من عينات ويلكوفيش وزملائه (1991) Welkowitz et al. شفاءً تاماً من الهلع بالمقارنة بـ ٨٥٪ فى عينات بارلو وزملائه . (1989) Barlow et al. ، وتشير هذه النتائج لقيمة تدريب المعالج وخبرته .

المتغيرات المتعلقة بالعميل

وبالمثل فحصت بحوث قليلة المتغيرات المتعلقة بالعميل ، والتى تنبئ بالنتائج العلاجية . وفى دراسة غير مضبوطة قام بها سوكول وبيك Sokol and Beck (Beck, 1988) ، تبين أن وجود خصائص من المحور الثانى[1] يبطىء من معدلات التحسن بقدر جوهرى . وعلى الرغم من ذلك فإن الأفراد الذين يعانون من أعراض مشتركة من المحور الثانى ، يتحقق لهم القدر نفسه من النجاح فى التحكم فى نوبات الهلع ، والذى يتحقق للأفراد الذين لا يعانون من الأعراض

(1) Axis II (راجع الـ DSM IV، المترجم)

المرضية للمحور الثانى . وعلى النقيض من ذلك ، ذكر أرنتز (1992) Arntz أن خصائص المحور الثانى لا تنبىء بالاستجابة العلاجية على الإطلاق ومازالت هناك حاجة لمزيد من البحوث فى هذا الموضوع .

وقد أعتمدت أغلب الدراسات حتى الآن على عينات من مرضى اضطراب الهلع واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة ، مستبعدة الحالات التى تعانى من مشكلات إضافية كإدمان الكحول أو المخدرات أو الاعتماد على العقاقير أو حالات الاكتئاب الحادة أو الذهان . وعلى هذا فإن قابلية النتائج للتعميم على عينات أقل نقاءً يبدو من الأمور غير المعروفة ، بالإضافة إلى ذلك فمن المعتقد أن الاشتراك فى الظهور ، مع اضطرابات القلق المتمكنة الأخرى (مثل الخواف الاجتماعى أو اضطراب القلق المعمم (١)) ينتهى بنتائج علاجية مرضية بدرجة أقل . إلا أنه لا توجد تقارير منشورة تعرضت لفحص هذه القضية . وبالمثل فالتعقيدات الجسمية مثل اضطراب ضربات القلب (٢) أو الربو (٣) الجنسى يمكن أن تبطىء معدلات التحسن فى حالة ما إذا أدت تعقيدات إضافية ناتجة عن أعراض قلقية متمايزة عن الأعراض المرضية إلى تزايد احتمالات خطر حقيقى ، وتوتر واضطرابات جسمية . وتدعو كل هذه القضايا المتعلقة بتعميم النتائج إلى مزيد من البحث .

ويمكن النظر إلى ظروف الحياة باعتبارها متغيرات متعلقة بالعميل قد تؤثر على تقدم العلاج . ولنضع فى اعتبارنا حالة امرأة ، أم لطفلين تعمل محاسبة طول الوقت ، ويعانى زوجها عجزاً نتيجة لإصابة فى ظهره ، أو حالة طالب متفرغ يعمل ٢٥ ساعة إضافية فى الأسبوع لكى يغطى نفقات دراسته والاحتمال أقل أنه تحت هذه الظروف تكتمل واجبات العلاج المتعلقة بتمرينات الاسترخاء اليومية أو تمرينات التعرض الحى لمثل هؤلاء الأشخاص . ويترتب على ذلك إحباط دائم ناتج عن فقدان التحسن فى العلاج . ويتطلب نجاح العلاج إما تغيير فى نمط الحياة يعطى الأولوية للعلاج المعرفى السلوكى . أو إيقاف العلاج إلى وقت لاحق إلى أن تصبح لظروف الحياة مطالب أقل .

---

(1) Generalized anxiety disorder
(2) Arrythmias
(3) Asthma

وأخيراً فإن فهم العميل لطبيعة مشكلته يمكن أن يكون مهماً لنجاح العلاج المعرفى السلوكى . وإذا أخذنا فى الاعتبار الطبيعة الجسمية لإضطراب الهلع ، واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة ، فسنجد أن الكثيرين من العملاء يبحثون عن المساعدة الطبية أولاً . وعلى الرغم من ذلك ، فإن ما يتجاوز هذا الأمر إنما هو الطرق المختلفة التى تدرك بها المشكلة ، والتى يمكن أن تؤدى إلى إدراك أن طرق العلاج الدوائى أو العلاج التحليلى أفضل من أساليب العلاج المعرفية السلوكية . مثال ذلك أن الأشخاص الذين يؤمنون بقوة أن حالتهم ناتجة عن عدم توازن عصبى كيميائى ، سيكون الاحتمال الأكبر سعيهم إلى العقاقير ورفضهم العلاج النفسى ، وبالمثل فإن الأفراد الذين يعزون حالتهم إلى «شيئ ما فى ماضّى - لابد أن يكون قد أثر لا شعورياً» قد يقاومون المناحى المعرفية السلوكية .

العلاج الدوائي الحالي

حتى فى حالة عينات مختارة من مرضى اضطراب الهلع ، واضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن المفتوحة ، فإن ٥٠٪ من العملاء الذين يتقدمون للعيادة يذكرون أن استخدامهم لوصفة دوائية مضادة للقلق (١) (غالباً ما تكون مهدئات أو ترايسلك (٢)) . وتوحى نتائج البحوث المضبوطة لخواف الأماكن المفتوحة أن الاميبرامين Imipramine (ترايسلك مضاد للاكتئاب) يعزز كفاءة العلاج بالتعرض الحى ، والعكس بالعكس . (مثال ذلك : Marks et al., 1983; Mavissakalian & Michelson, 1986; Mavissakalian, Michelson & Dealy, 1983; zitrin, Klein & woerner, 1980; zitrin, Klein, Woerner & Ross, 1983; Telch, Agras, Taylor, Roth & Gallen, 1985).

وتؤيد نتائج دراسة حديثة هذه الحقائق (Agras, Telch, Taylor, Roth & Brouillard, in press) . ومن المثير للاهتمام أن أجراس Agras وزملاءه يقدمون بعض الدلائل الأولية التى توحى أن التأثير الميسر للإميبرامين Imipramine ليس على نوبات الهلع ذاتها ، بل إنه بالأحرى على تجنب المخاوف . ويوجد مشروع بحثى مشترك يجرى الآن فى أربعة مواقع مختلفة (باحثوه الرئيسيين هم بارلو Barlow ، وجورمان Gorman ، وشير Shear ،

(1) Anxiolytic medications

(2) Tricyclic .

وودزWoods) يهدف إلى فحص التأثيرات المنفردة والمشتركة للإميبرامين والعلاج الذى يستهدف السيطرة على نوبات الهلع لدى العملاء ذوى اضطراب الهلع ، ممن لا يعانون من مستويات حادة من مخاوف الأماكن المفتوحة .

ومن المهم أن نلاحظ ، من منظور إكلينيكى ، إمكانية التداخل مع العلاج المعرفى السلوكى . مثال ذلك أنه طالما أن بعض العقاقير تخفض عادة من الأعراض الجسمية ، فقد يتأثر العلاج السلوكى الذى يركز على الإحساسات الجسمية المثيرة للخوف سلباً . كما قد يعزو العملاء نجاح العلاج إلى العقاقير ، وقد يؤدى إفتقاد إدراك التحكم فى الذات إلى زيادة إمكانية الانتكاس عند سحب العلاج الدوائى ، أو يسهم فى الاستمرار على النظام الدوائى نتيجة لافتراض ضرورته للتحسن .

وهذه النقاط موضحة فى المقتطفات التالية :

«بدأت أشعر أننى أفضل كثيراً بعد حوالى ستة شهور ، وكنت مشاركاً فى برنامج للعلاج المعرفى السلوكى ، ولكن الحقيقة هى أن الاميبرامين هو الذى ساعدنى ؛ لذا فعندما اقترح طبيبى النفسى أن أقلّ تدريجياً من الدواء ، كان رد فعلى أننى انشغلت للغاية بالأمر ، فقد سمعت قصصاً مرعبة حول ما يحدث للناس عندما يتعرضون لحالة انسحاب ، وعلى أى الأحوال فقد أقنعنى أننا إذا خطونا ببطء ، فإن كل شيء سيصبح على ما يرام . وقد بدأت فى الخفض التدريجى ، والواقع أن الأمر لم يكن سيئاً ، حسناً لقد أصبحت متحرراً تماماً من الدواء لفترة تصل إلى شهر ، وعندها بدأت المشكلة من جديد مرة أخرى ، وأتذكر جلوسى فى مطعم شاعراً أننى حقيقة فى حالة طيبة ، وكنت أفكر فى القدر من المشاكل الذى كانت تسببه لى المطاعم قبل ذلك ، وكيف أصبح الأمر سهلاً الآن ، وعندئذ بدأت أشعر بدوار ، وعلى الفور فكرت آه لا ها هى تأتى ، لقد تعرضت بالفعل لهلع سيىء وكل ما كنت أستطيع التفكير فيه هو لماذا لم أستمر على الدواء» .

«بدأت فى خفض جرعتى من الإكساناكس xanax (البرازولام alprazlam) وكنت على ما يرام خلال أول يومين ... أحسست أننى فى حالة حسنة فعلاً ، وبعدها عندما استيقظت صباح الأربعاء ، أحسست بإحساس غريب ، أحسست أن رأسى مشدودة ، وانتابنى القلق من عودة الإحساسات القديمة مرة أخرى ، وكان أخر ما أريده هو أن أعود مرة أخرى لهذه الخبرة ؛ لذا تناولت

جرعتى العادية من الدواء ، وما هى إلا ساعة أو أقل حتى شعرت أننى أصبحت على ما يرام من جديد . إننى فى حاجة إلى الدواء ، أنا لا أستطيع أن أتصرف بدونه فى الوقت الحاضر» .

وقد تتدخل العقاقير فى تقدم العلاج بطرق أخرى مختلفة ، فالتأثيرات المهدئة والمطلقة يمكن أن تخفض فى بعض الأحيان من مستوى الدافعية ؛ لذا ينخفض مقدار الجهد والوقت المكرس للتدريبات السلوكية ، والأكثر من ذلك أن الآثار الجانبية مثل التهدئة يمكن أن تتدخل فى العمليات التعليمية . وقد سبق التنويه بحالة الإعتيادية فى التعليم باعتبارها تؤدى إلى عودة مشاعر خوف اكثر عند سحب العلاج (Bouton & Swartzentruber, 1991) . وأخيراً فإن الأسس الكيميائية العصبية لبعض العقاقير (مثال ذلك البروبرانولول Propranolol) يمكن أن تتدخل فى التغيرات الكيميائية العصبية ، التى يفترض أنها تدعم التعليم القائم على التعرض (Gray, 1985) .

التقـــــييم

جين قوقازية فى الثالثة والثلاثين من عمرها ، وهى أم لطفلين يعيشان مع زوجها على امتداد الأعوام الثمانية الماضية . وهى تعانى منذ ثلاث سنوات من قلق مرضى مزمن . بالإضافة إلى ذلك ، فقد ذكرت تعرضها لنوبات من الخوف الحاد . وقد وصفت نوبات الخوف بأنها لا تطاق ومتزايدة الحدوث . وقد انتابتها هذه المشاعر فى المرة الأولى منذ ثلاثة أعوام فقط ، عندما كانت فى عجلة للذهاب لبيت جدتها قبل موتها . وكانت تقود سيارتها بمفردها على الطريق السريع . وتذكرت شعورها وقتئذ كما لو كان كل شىء يتحرك بالحركة البطيئة ، وكما لو كانت السيارات متوقفة ، وتبدو والأشياء حولها غير حقيقية . وقد تذكرت مشاعر تعرضها لضيق التنفس (نهجان) والانفصال . وعلى الرغم من ذلك كان المهم بالنسبة لها أن تصل إلى وجهتها ، ولم تكن تفكر حقيقة فيما شعرت فيه بعد ذلك . وبعد انقضاء اليوم ، استعادت التفكير فى كم كانت محظوظة لأنها لم تتعرض لحادث طريق .

وبعد عدة أسابيع انتابتها المشاعر نفسها مرة أخرى عندما كانت تقود على الطريق السريع .، وقد حدث ذلك فى هذه المرة دون أن تكون تحت ضغط الحاجة للوصول مسرعة إلى مقصدها . وقد أفزعها ذلك لعدم قدرتها على تفسير هذه

المشاعر . وأنتحت جانب الطريق ، واتصلت بزوجها الذى حضر إليها ، وتبعته بسيارتها حتى البيت وهى تشعر بالقلق طوال الطريق .

وتعانى جين الآن من هذه المشاعر فى مواقف عديدة ، وهى تصف نوبات هلعها على أنها مشاعر بانعدام الواقعية ، والانفصال ، وانقطاع التنفس ، وتسارع ضربات القلب ، وخوف عام من المجهول ، وكانت مشاعر عدم الواقعية هى أكثر ما يثير رعبها . وجين حساسة لأى شىء يؤدى إلى نمط «غير واقعى» من المشاعر مثل حالة اللاشعور الجزئية ، التى تحدث قبل الدخول فى النوم مباشرة ، وفى الوقت من اليوم عندما يبدأ ضوء النهار فى الخفوت ، والأضواء اللامعة ، والكحول، والمخدرات ، وأن تكون قلقة بصفة عامة . وقد ذكرت أنها دائماً ما تنتظر حدوث النوبة التالية . وقد أخذت تتجنب الطرق السريعة ، وتقود فى الشوارع المستوية المألوفة لها فقط . وحددت أقصى سرعة تقود بها بعشرة أميال . وهى تفضل بصفة عامة أن تكون برفقة زوجها أو أمها . وعلى الرغم من ذلك فإنها تستطيع أن تقوم بمفردها بعمل أغلب الأشياء فى نطاق منطقة «الأمان» لديها.

تصف جين مقدار الفرق بين ما كانت عليه وما أصبحت عليه من ضعف وهلع الآن . وكانت الحالة الوحيدة المشابهة لنوبات الهلع الحالية قد حدثت لها وهى فى العشرينيات . وتتذكر جين خبرة سلبية اقترنت بتعاطيها مخدرات (ماريجوانا) ، فقد أدى ذلك لهلعها من مشاعر فقدان السيطرة على نفسها ، وقد اخافها عدم تمكنها من العودة للواقع ، ومنذ ذلك الحين لم تتعاط أى مخدرات . ولا يوجد من ناحية أخرى أى تاريخ لحالات طبية خطيرة ، أو أى علاج نفسى سابق . وعلى الرغم من ذلك فقد كانت خجولة عندما كانت طفلة صغيرة ، وقد تحسنت حالتها بشكل جوهرى فى المراهقة المتأخرة .

وبصفة عامة فإن شهية جين جيدة ، على الرغم من أن نومها غير عميق ، وهى تستيقظ مرة على الأقل فجأة عند منتصف الليل ، شاعرة بضيق فى التنفس وفزع . وغالباً ما يكون محور قلق جين حول إمكان شعورها بعدم الواقعية فقط ، وهى قلقة إلى حد ما ببعض الأشياء الأخرى مثل أطفالها ووالديها . وعلى الرغم من ذلك فإن هذا القلق غير مفرط . وهى تعانى بعض الصعوبة فى التركيز ، إلا أن أداءها جيد على وجه العموم فى نطاق المجال الأمن بالنسبة لها . مثال ذلك أن جين تعمل مديرة لبعض الوقت فى مشروع تمتلكه هى وزوجها ، وهى مستريحة

وناجحة تماماً فى هذا الموقف .

ويتضمن التحليل السلوكى عدداً من الخطوات :

١ – الخطوة الأولى مقابلة شخصية متعمقة لإيضاح البروفيل التشخيصى والمعرفى السلوكى ، وقد طورت مقابلات شخصية مقننة بالكامل أو نصف مقننة على مدى الأعوام القليلة الماضية . وتقيس قائمة المقابلة المعدلة لإضطرابات القلق(١) (DiNardo & Barlow, 1988) الاضطرابات الأولية ، بالإضافة إلى اضطرابات المزاج والاضطرابات ذات الطبيعة الجسمية كما يتم مسح الحالة الذهانية وما يتعلق بتعاطى المخدرات بهذه الأداة . وتكمن قيمة المقابلة المقننة فى إسهامها فى التشخيص الفارق ، الذى يتسم بالثبات ، وبالتقييم النظامى للقضايا ذات الأهمية في أى تحليل وظيفى للاضطراب . وتتراوح معاملات الاتفاق بين المقدرين بين مرضى وحتى ممتاز بالنسبة لاضطرابات القلق المتعددة ، التى تستخدم هذه القائمة (Denardo, Moras, Barlow, Rapee & Brown, 1993) . وبالمثل تؤدى قائمة الفصام والاضطرابات الوجدانية على مدى العمر (تعديل القلق) إلى تشخيص يتسم بالثبات لأغلب اضطرابات القلق (باستثناء القلق المعمم والمخاوف البسيطة) (Manuzza et al., 1989)

وأحياناً ما يكون التشخيص الفارق صعباً . كما سبق وصف ذلك ، فالهلع ظاهرة كامنة فى كل شيء (Barlow, 1988) . وهو يظهر عبر مجال واسع من الاضطرابات الانفعالية . وليس من غير الشائع بالنسبة لشخص لديه مخاوف بسيطة ، أو اضطراب قلق معمم ، أو اضطراب وسواس قهرى ، أو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أن يذكر خبرة هلع . وبالنسبة لجين كان هناك سؤال متعلق بالتشخيص الفارق حول المخاوف الاجتماعية واضطراب القلق المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة . ويبين شكل (١ : ١) أسئلة قائمة المقابلة المعدلة لاضطرابات القلق ، التى تظهر هذه التمايزات (إجابات جين عليها معروضة بخط مائل) .

ويبين شكل (١ : ١) أن معاناة جين من نوبات الهلع يكون فى المواقف الاجتماعية ، وأنها تتعلق بالتقييم السلبى إذا كان قلقها ظاهراً للعيان أمام الآخرين . وعلى الرغم من ذلك ، فطالما أن عدم الراحة الاجتماعية تعتمد أولياً على

(1) Anxiety Disorders Interview Schedule - Revised (ADIS-R)

احتمالات الهلع ، وطالما أنها تستوفى بقية محكات اضطراب الهلع (مثال ذلك الهلع غير المرتبط بمؤشرات/أو نوبات هلع غير اجتماعى ، وإدراك مشوه حول نوبات هلع مستقبلية) يصبح أفضل تصنيف للكدر الاجتماعى لديها ، هو اضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة .

أما إذا كانت جين قد ذكرت خبرة نوبات الهلع فى المواقف الاجتماعية فقط ، أو أنها تقلق من حدوث نوبات هلع مستقبلية فى المواقف الاجتماعية فقط ، فيصبح التشخيص بمخاوف اجتماعية مبرراً فى هذه الحالة . أما إذا ذكرت جين نوبات هلع غير مصحوبة بمؤشرات ، كأن تكون واعية لإدراكها للأشياء التى قد تقولها أو تفعلها فى المواقف الاجتماعية دون اعتبار لحدوث الهلع فيمكن أن تشخص بشكل مبرر تشخيصا مزودجاً يتضمن اضطراب هلع مصحوباً بمخاوف أماكن مفتوحة ومخاوف اجتماعية . ويصبح النمط نفسه من الأسئلة التشخيصية مفيداً للتمييز بين نوبات الهلع المصحوبة بمخاوف الأماكن المفتوحة ومخاوف الأماكن المغلقة (١) . ويمكن ظهور قضايا تشخيصية فارقة أخرى فى ضوء الاضطرابات ذات الأعراض الجسمية والحالات الطبية الحقيقية ، أو اضطرابات الشخصية المعتمدة وتسهم قائمة المقابلة المعدلة لأضطراب القلق ADIS-R فى إيجاد حلول لهذه القضايا .

٢ – دائماً ما ينصح بصفة عامة باجراء تقييم طبى ، طالما يمكن علاج الحالات الطبية ، قبل تحديد التشخيص باضطراب للهلع أو الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة . ويتضمن هذا التقييم حالة الغدة الدرقية (٢) ، وأثار الكفايين والمخدرات والتسمم الكحولى ، وانسحاب المخدرات وورم الغدة الكظرية المعروف الفيوكروموسيتوما(٣) ، يضاف إلى ذلك أن حالات طبية معينة يمكن أن تؤدى إلى تفاقم اضطراب الهلع ، على الرغم من أن اضطراب الهلع أكثر ميلاً للدوام حتى إذا كان قد تم علاج هذه الحالات بنجاح . وتتضمن هذه الفئة ارتخاء الصمام المترالى (٤) والربو ، وأمراض الحساسية ، ونقص السكر(٥) . ووفقاً للنموذج الذى سبق وصفه ، فإن هذه الحالات الطبية تؤدى إلى تفاقم اضطراب

(1) Claustrophobia .
(2) Thyroid .
(3) Pheochromocytoma .
(4)Mitral valve .
(5) Hypoglycemia .

الهلع/واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة إلى المدى ، الذى يؤدى إلى أنماط من الإحساسات الجسمية التى تخيف الفرد . مثال ذلك أن ارتخاء الصمام المترالى يمكن أن يؤدى إلى لغط (١) فى القلب ، كما يؤدى الربو إلى ضيق فى التنفس ، ويؤدى نقص السكر إلى دوار وشعور بالضعف .

٣ – تبدو المراقبة الذاتية (٢) مهمة للغاية لتقييم وعلاج اضطراب الهلع/واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة ، فاستعادة الذكريات تتضمن ميلاً لتضخيم مرات حدوث النوبات وشدتها (Margraf et al., 1987; Rapee, Craske & Barlow, 1990) . ومن المؤكد أن تضخيم الأحداث الماضية يمكن أن يسهم فى الخشية من نوبات مستقبلية . وبالتالى فإن مراقبة الذات تعد أداة علاجية ، ويعتقد بالمثل أن مراقبة الذات المستمرة تسهم فى توفير وعى ذاتى أكثر موضوعية . وتؤدى المراقبة الذاتية الموضوعية إلى استبدال تعبيرات مثل «مستوى قلقى فى الدرجة ٦ ، ويتضمن أعراض ارتجاف ودوار ومشاعر بعدم الواقعية ، وتقطع النفس ، وقد استغرقت هذه النوبة ١٠ دقائق» بالتعبيرات الذاتية مثل أشعر بالرعب – هذه أسوأ حالة كنت فيها ، فقدت سيطرت على جسمى كله ، وأخيراً فإن المراقبة الذاتية تؤدى إلى عائد موضوعى من حيث التحسن والمواد المفيدة لمناقشة المبادىء المعرفية والسلوكية فى جلسات العلاج .

ويتم تسجيل مرات حدوث الهلع ، والفترة التى يستغرقها ، والسياق الذى تحدث فيه ، وأعراضها ، وذلك باستخدام سجل نوبات الهلع المبين فى شكل (٢ : ١) ويتعين إكمال هذا السجل فى أسرع وقت ممكن بعد حدوث نوبة الهلع ، وبالتالى يتعين أن يحمله الشخص فى جيبه . وتلاحظ مستويات القلق اليومية والاكتئاب ، والقلق من حدوث الهلع باستخدام سجل المزاج اليومى المبين فى شكل (٣ : ١) ويستكمل هذا السجل فى نهاية كل يوم . وأخيراً يمكن تسجيل الأنشطة اليومية فى مفكرة ، أو بمراجعة الأنشطة التى أكملت ووضعت علامة عليها فى قائمة لمخاوف الأماكن المفتوحة .

ويُعد عدم الإذعان من المشكلات الشائعة فى مراقبة الذات . وهو يحدث فى بعض الأحيان نتيجة لسوء فهم ، أو لنقص فى إدراك أهمية المراقبة الذاتية

---

(1) Murmurs .
(2) Self-mointering .

وعلى الرغم من ذلك ، فغالباً ما يرجع عدم الإذعان للانخراط فى خبرات أكثر قلقاً ناتجة عن المراقبة الذاتية .

هل مررت بأوقات تشعر خلالها بزخم من الخوف المفاجىء أو القلق ، أو الشعور بشؤم وشيك ؟

فى أى موقف تعرضت لهذه المشاعر ؟

القيادة على الطرق السريعة على وجه الخصوص .... وحدى فى البيت ... فى الحفلات أو الأماكن المزدحمة بالناس .

هل حدث أن انتابتك مثل هذه المشاعر بلا مقدمات ، أو عندما تكون فى البيت بمفردك أو فى مواقف لا تتوقع ظهورها فيها ؟ ***نعم***

كم تستغرق مشاعر القلق هذه من الوقت عادة لتصبح حادة ؟

تختلف من وقت لأخر ، أحياناً ثانيتين ، وتبدو أحياناً أخرى أنها تتصاعد ببطء .

ما مقدار استمرار القلق عادة ، وهو فى أعلى مستوياته ؟

يعتمد هذا على المكان الذى أكون فيه وقت حدوثه ، فإذا حدث وأنا بمفردى، فإنه ينقشع أحياناً خلال ثوان قليلة ، ويبدو فى أوقات أخرى أنه مستمر لساعات، وعندما أكون فى وسط زحام ، يبدو أنه يستمر حتى أبتعد .

ما مقدار قلقك خلال الشهر الأخير أو خوفك من أن تكون على وشك التعرض لنوبة أخرى ؟

صفر	١	٢	٣	٤	٥	(٦)	٧	٨
غير قلق		نادراً ما أكون قلق مع خوف بسيط		أحياناً ما أكون قلقا مع خوف بدرجة متوسطة		عادة ما أقلق مع خوف حاد		قلق دائماً مع خوف متطرف

القسم الخاص بالمخاوف الاجتماعية

هل تشعر بالخوف/القلق/العصبية ، فى المواقف الاجتماعية حيث يمكن أن تكون ملاحظاً أو مقيماً من الآخرين ؟ ***نعم***

هل أنت مشغول بشكل واضح من أنك تفعل أو تقول أشياء ، يمكن أن تحرجك أو تعرضك للمهانة أمام الآخرين ، أو أن الآخرين يمكن أن يفكروا فيك بالسوء ؟ ***نعم***

ما الذى تتوقعه قبل الذهاب للمواقف الاجتماعية ؟

أننى سابدو قلقاً بالنسبة للآخرين ، وأنهم سيعتقدون أننى تعس ... وأن وجهى سيصفر ، وتبدو عيناى غريبتين عندما أكون مذعوراً ... وأننى سأسقط أمامهم ، وأنهم لن يعرفوا كيف سيتصرفون .

هل تتجنب هذه المواقف لأنك تخشى تعرضك لنوبة هلع ؟

نعم [سواء نوبة هلع أو أننى سأشعر بعدم الواقعية]

إذا كانت لديك أعراض جسمية عندما تكون بمفردك ، هل تظل خائفاً ؟

نعم .

شكل (١ : ١) أسئلة من القائمة المعدلة لإضطرابات القلق ADIS-R ، القسم الخاص باضطراب الهلع ، والقسم الخاص بمخاوف الأماكن المفتوحة من القائمة المعدلة للمقابلة الشخصية لاضطرابات القلق (ADIS-R) (ص ص ٢ ، ٣ ، ٣٠ ، ٣١) معاد نشرها بتصريح من P.DiNardo and D.H Barlow, 1988, Albany, NY : Groywind, Copyright, 1988 by Graywind Publications .

وهذا صحيح على وجه الخصوص بالنسبة للأفراد ، الذين يكون نمط تغلبهم على القلق بأكبر قدر ممكن من التشتت ، وتجنب الأوقات الهادئة عندما يمكن أن تغزو الأفكار المتعلقة بالقلق الشعور . وهناك نوع مشابه من الشكوى من المراقبة الذاتية ؛ يتضمنه السؤال التالى : «لماذا يتعين علىّ أن أقاطع تخلصى من الأعراض بسؤالى لنفسى ما مقدار سوء مشاعرى؟ وكانت مهام المراقبة الذاتية صعبة فى حالة جين على وجه الخصوص . طالما أن تذكرها الصريح لقلقها يستثير انشغالاً قوياً بفقدانها الصلة بالواقع . ويبدو أنه من الضرورى أن يكون هناك تنبيه وتأكيد مستمر على أهمية المراقبة الذاتية الموضوعية مقابل الذاتية . يضاف إلى ذلك الفائدة الكبيرة للغاية ، التى تحققت خلال الجلسات الأولى القليلة فى العلاج من تشكيل البنية المعرفية .

٤ – يوفر عدد من بطاريات التقرير الذاتى المقننة معلومات مفيدة لتخطيط العلاج ، بالإضافة إلى كونها مؤشرات حساسة للتغيرات العلاجية . وتتضمن بطارية الحركة[١] (Chambless, Caputo, Gracely, Jasin, & Williams, 1985) قائمة بالمواقف المعتادة لمخاوف الأماكن المفتوحة متدرجة من حيث درجة التجنب ، فى حالة وجود الشخص بمفرده ، أو مع رفاق . وهذه الأداة مفيدة للغاية ، لتحديد التدرج فى مواقف التعرض الواقعية . ويلقى مؤشر الحساسية للقلق [٢] (Reiss et al., 1986) قبولاً واسعاً بوصفه مقياساً للمعتقدات المهددة حول الإحساسات الجسمية . وهو يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة ، ويميز بين اضطراب الهلع/والهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة ، وبقية أنماط اضطرابات القلق الأخرى (Telch, Sherman, & Lucas, 1989) . ويمكن الحصول على معلومات أكثر تحديداً حول أى الإحساسات الجسمية على وجه الخصوص هى التى تؤدى إلى القدر الأكبر من الخوف ، وأى التقييمات الخاطئة هى التى يكثر ظهورها ، من خلال استبارات الإحساسات الجسمية والمكونات المعرفية فى مخاوف الأماكن المفتوحة [٣]. وتتضمن مقاييس سمة القلق بطارية حالة وسمة القلق [٤] (Spielberger, Gorsuch, Lushene, vagg, & Jacobs, 1983) ، وبطارية بيك Beck للقلق[٥] (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) ، وأخيراً مقاييس السياق التفاعلى [٦] ، والتى تتضمن مقاييس التوافق الزوجى (Spanier, 1976) أو مقياس السعادة الزوجية (Azrin, Naster, & Jones, 1973) .

---

(1) Mobility Inventory .
(2) The Anxiety Sensitivity Index .
(3) Body Sensations and Agoraphobia Cognitions Questionnaires .
(4) State-Traite Anxiety Inventory .
(5) Beck Anxiety Inventory .
(6) Interpersonal Context .

التاريخ : .... وقت البدء : .... الوقت المستغرق (بالدقائق) : ....

منفرداً : .... مع صديق : .... مع غريب : ....مع العائلة : ....

مثير للتوتر ؟ : نعم / لا ....

متوقع ؟ : نعم/لا ....

أقصى درجة من الخوف : ....

صفر	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨
لا يوجد		بسيط		متوسط		قوى		حاد

ضع خطاً على أول عرض تشعر به ، ثم ضع علامة على كل عرض موجود : ....

صعوبة التنفس .... إحساسات بالحرارة/البرودة ....

تسارع ضربات القلب .... خدر/وخز ....

إحساس بالصدمة .... شعور بعدم الواقعية ....

عرق .... عدم اتزان/دوار/إغماء ....

ارتجاف/قشعريرة .... خوف من الموت..........................

غثيان/تقلصات معوية ....

خوف من فقدان السيطرة على النفس/الجنون ....

آلام صدر/مشاعر عدم راحة ....

شكل (٢ : ١) : سجل أعراض نوبة الهلع عن : Mastery of your Anxiety) and Panic (PP 2 -4) by D.H. Barlow and M.G. Craske, 1989, Albany, NY : Graywind. Copyright, 1989 by Graywind Publications. Adopted by permission .

صفر	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨
لا يوجد		بسيط		متوسط		قوى		حاد

التاريخ	قلق متوسط	اكتئاب متوسط	توقع متوسط وانشغال بالقلق
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....

شكل (٣ - ١) سجل المزاج اليومى Daily Mood Recod. From Mastery of your Anxiety (pp. 2 - 8) by D.H. Barlow andw M.G. Craske, 1989, Albany, NY : Graywind. Copyright, 1989, by Graywind Publications. Adopted by permission .

٥ - يعد الاختبار السلوكى قياساً مفيداً لدرجة تجنب مواقف معينة . ويمكن تقنين اختبارات المنحى السلوكى أو تصميمها لفرد معين ، ودائماً ما تتضمن الأختبارات السلوكية المقننة المشى أو قيادة السيارة فى طرق معينة ، مثل السير لمسافة ميل واحد حول العيادة . ويقدر مستوى القلق خلال فترات منتظمة ، وتقاس المسافة الفعلية للمشى أو القيادة . أما الاختبارات السلوكية المصممة لفرد معين ، فعادة ما تتطلب عدداً من المحاولات على امتداد ثلاثة إلى خمسة مواقف يحددها العميل يكون فيها فى أماكن تتراوح صعوبتها بالنسبة له بين صعبة إلى حد ما ،

وحتى صعبة للغاية وقد تتضمن القيادة عبر مخرجين فى الطرق السريعة ، والانتظار فى صف فى بنك ، أو التسوق فى سوبر ماركت محلى لمدة ١٥ دقيقة . ويقاس الحد الأقصى من القلق ودرجة الاقتراب (مثال ذلك رفض آداء المهمة) أو محاولة القيام بها ولكن مع الهرب منها ، أو إكمال المهمة) فى كل موقف . وميزة الاختبارات السلوكية المقننة هى سهولتها النسبية فى القيام بها ، أما عيبها فيتمثل فى أن المهمة المعينة قد لا تكون متعلقة بكل العملاء على السواء فقد يكون السير لمسافة ميل بالنسبة لبعض العملاء مثيراً لدرجة حقيقية أو بسيطة من القلق ، ومن هنا تأتى قيمة المهام التى تصمم خصيصاً للفرد .

وكل من النوعين من الاختبارات السلوكية المقننة أو المصممة خصيصاً لفرد معين عرضة للتحيزات . ويلقى بوركوفك وبيرتس وبرنشتين Borkovec, Weerts, and Bernstein (1977) الضوء على المطالب الضمنية للخوف والتجنب السابقة للعلاج وللتحسن بعد العلاج .

من ناحية أخرى تعد الأختبارات السلوكية إضافة مهمة للتقرير الذاتى عن التجنب فى مخاوف الأماكن المفتوحة ، طالما أن العملاء يميلون للتصريح بأقل قدر بإمكاناتهم السلوكية (Craske, Rapee, & Barlow, 1988) . ويعتقد راخمان وبيشارد Rachman and Bichard (1988) وكراسك وبارلو Craske and Barlow (1988) أن توقع الهلع يؤدى إلى درجة من التجنب، وطالما أن مقاومة التجنب تمنع توقع الهلع من الانخفاض ، فإن دورة مستمرة من القلق والتجنب تنشأ. وبالتالى فإن الاختبارات السلوكية توفر معلومات ، تختلف فى أغلب الأحيان عن التقارير الذاتية .

يضاف إلى ذلك أن الاختبارات السلوكية تكشف عن معلومات لا يكون الأفراد على وعى تام بها ، والتى قد تكون مهمة بالنسبة للخطة العلاجية . مثال ذلك أن الميل للالتصاق بالدعامات مثل السياج (الدرابزين) أو الحوائط قد لا يكون ملحوظاً ، إلى أن تتم ملاحظة العميل ، وهو يسير فى مركز تجارى . وفى حالة جين، لم تتضح أهمية تغيرات الضوء بين النهار والليل إلى أن طلب منها أن تقود سيارتها فى جزء من الطريق كاختبار سلوكى . وكانت استجابتها أن الوقت من النهار متأخر للغاية للقيادة ؛ لأن الظلام يجعلها تشعر كما لو أنها غير واقعية وبالمثل لم تعرف قيمة الحماية التى يوفرها تكييف هواء السيارة ، إلا بعد أن أكملت جين الاختبار السلوكى . فقد كانت جين تعتقد أن الهواء البارد الذى يلفح

وجهها يساعدها على أن تظل على صلة بالواقع . كما لوحظ أخيراً أن توازنها الجسمى أثناء القيادة كان عاملاً أسهم فى قلقها ؛ حيث كان كتفاها منحنيين ، وكانت تجلس مائلة على عجلة القيادة ، كما كانت تقبض عليها بإحكام شديد .

٦ - لا تعد المقاييس الفسيولوجية أدوات عملية بالنسبة للإكلينيكيين ، غير أنها يمكن أن توفر معلومات مهمة ؛ إذ يمكن للتضارب الذى وصف من قبل بين التقارير الخاصة بالأعراض والآثار الفسيولوجية الحقيقية أن يخدم على وجه الخصوص بوصفه إيضاحاً علاجياً لدور الانتباه والمعرفة فى استحداث الأعراض. وبالمثل يوفر التسجيل الواقعى تأكيداً على عدم وجود الخوف ، مثال ذلك «أشعر أن قلبى يسرع لدرجة أنه سينفجر» أو «أنا متأكد أن ضغط دمى مرتفع للغاية لدرجة أننى سأتعرض لجلطة فى المخ فى أى لحظة» . وأخيراً فطالما أن المستويات القاعدية للاستثارة الفسيولوجية تميل إلى الارتفاع لدى الأشخاص القلقين ، فستكون مقاييس حساسة لفعالية العلاج . وتوفر الأساليب المختلفة للتقييم مواد للتحليل الوظيفى الكامل لجين كما يوضحها جدول (٣ -١) .

وصف العلاج

المكونات

ستوصف فى هذا القسم مكونات العلاج ، وستراجع دلائل فعاليته . وتتكامل هذه المكونات من خلال برنامج علاجى ، جلسة بعد أخرى توصف فى القسم التالى . وعند هذه النقطة سنلاحظ مرة أخرى أن التقدم الرئيسى منذ الطبعة الأخيرة لهذا الكتاب ، هو الاعتراف بأهمية علاج نوبات الهلع مباشرة ، وتطور علاج ناجح لتحقيق هذا الهدف . وقبل تقديم مراجعة التطورات الجديدة فى تطبيقات التعرض الواقعى (١) لمخاوف الأماكن المفتوحة ، سنقوم أولاً بتقديم مراجعة للمكونات العلاجية ، التى تستهدف نوبات الهلع بشكل مباشر .

---

(1) Invivo .

جدول (٣ – ١) تعريفات الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع المقترحة لاضطراب الهلع واضطراب مخاوف الأماكن المفتوحة .

اضطراب الهلع دون مخاوف أماكن مفتوحة

أ – سواء البند (١) أو (٢)

(١) نوبات هلع متكررة غير متوقعة .

(٢) نوبة هلع واحدة على الأقل يليها شهر (أو أكثر) يتضمن

أ – انشغالاً مقاوماً لتوقع نوبات أخرى ، أو

ب – قلقاً من دلالات النوبة أو مترتباتها (مثال ذلك فقدان التحكم فى النفس، والتعرض لنوبة قلبية والتعرض للجنون) ، أو

جـ – تغيرات سلوكية متعلقة بالنوبات .

ب – عدم وجود مخاوف أماكن مفتوحة (حسب تعريفها التالى) .

جـ – ألا ترجع نوبة الهلع إلى تعاطى مواد ، أو اضطراب قلق ثانوى .

د – ألا يكون القلق نتيجة لاضطراب عقلى آخر ، مثل اضطراب الوسواس القهرى (مثال ذلك الخوف من التلوث) أو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (مثال ذلك استجابة لمنبهات مرتبطة بمثير حاد للتوتر) ، أو اضطراب قلق الانفصال، أو مخاوف نوعية ، أو مخاوف اجتماعية (مثال ذلك الخوف من الإحراج فى المواقف الاجتماعية)

اضطراب الهلع المصاحب لمخاوف الأماكن المفتوحة

أ – سواء البند (١) أو (٢)

(١) نوبات هلع متكررة غير متوقعة .

(٢) نوبة واحدة على الأقل ، يليها شهر (أو أكثر) ويتضمن :

أ – انشغالاً مقاوماً من حدوث نوبات تالية ، أو

ب – قلقاً حول دلالات النوبة أو مترتباتها (مثال ذلك فقدان التحكم فى النفس ، التعرض لنوبة قلبية ، التعرض للجنون) أو

جـ – تغيراً جوهرياً فى السلوك المتعلق بالنوبة .

ب – وجود مخاوف أماكن مفتوحة بمعنى قلق من التواجد فى أماكن ، أو مواقف قد يكون الهرب منها صعباً (أو محرجاً) ، أو حيث لا تكون النجدة متاحة فيها فى حالة حدوث ظروف أو مواقف غير متوقعة لنوبة هلع وتتضمن مخاوف الأماكن المفتوحة نمطياً تجمعاً من الخصائص لمواقف ، منها : التواجد على انفراد خارج البيت ، التواجد وسط زحام ، أو الوقوف فى صف ، أو الانتقال فى حافلة أو قطار أو سيارة .

[ملحوظة : يتعين الأخذ فى الاعتبار التشخيص بمخاوف نوعية ، إذا كانت هذه المخاوف محددة بموقف واحد ، أو عدد قليل من المخاوف ، أو مخاوف اجتماعية إذا كان التجنب قاصراً على المواقف الاجتماعية]

جـ – تتجنب المواقف المثيرة لمخاوف الأماكن المفتوحة (مثال ذلك الحد من الانتقالات) ، أو تتحمل بطريقة أخرى مع وجود مؤشرات لكدر أو مع قلق من التعرض لنوبة هلع ، أو ضرورة تواجد مرافق .

د – لا ترجع نوبات الهلع لتعاطى مواد ، أو اضطراب قلق ثانوى .

هـ – ألا يكون القلق أو التجنب الخوافى ناتجاً عن اضطراب عقلى آخر ، كالمخاوف النوعية (مثال ذلك التجنب الذى يقتصر على مواقف محددة مثل استخدام المصاعد) ، أو اضطراب قلق الانفصال (مثل تجنب المدرسة) ، أو اضطراب الوسواس القهرى (مثل الخوف من التلوث) ، أو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (مثل تجنب المنبهات المرتبطة بمثيرات حادة للتوتر) ، أو المخاوف الاجتماعية (مثال ذلك التجنب الذى يقتصر على المواقف الاجتماعية بسبب الخوف من الإحراج) .

ملحوظة : عن الـ APA (1993) حقوق الطبع لجمعية الطب النفسى الأمريكية . بتصريح

إعادة تشكيل البنية المعرفية

تبدأ الاستراتيجيات المعرفية للهلع بتوسيع نموذج بيك Beck المعرفى الخاص بالاكتئاب (Beck, Shaw, Rush, Emery, 1979) ليشمل القلق والهلع ويركز العلاج المعرفى على تصحيح التقييمات الخاطئة المتعلقة بالإحساسات الجسمية ، باعتبارها مصدر تهديد ، وتطبق الاستراتيجيات المعرفية بمشاركة الأساليب السلوكية ، على الرغم من افتراض أن الميكانيزم الفعال فى التغيير يكمن فى الحقل المعرفى . وقام سوكول وبيك Sokol and Beck (مشار اليها فى Beck, 1988) بدراسة غير مضبوطة ، تم فيها علاج ٢٥ مريضاً بالأساليب المعرفية ، بالإضافة إلى مستقبلات باطنية [1] ، وتعرض حى على امتداد ١٧ جلسة علاجية فردية فى المتوسط . وقد انتهت نوبات الهلع لدى ١٧ مريضاً ، هم من تضمن تشخيصهم اضطرابات شخصية خلال علاج تال وتقييم استمر اثنى عشر شهراً .

ومن الواضح أنه من الصعب عزو النتيجة بشكل قاطع إلى الاستراتيجيات المعرفية ؛ نتيجة للمزج بينها وبين الاستراتيجيات السلوكية .

من ناحية أخرى يرى تقرير أولى ، أصدره مارجراف Margraf (1989) أن الاستراتيجيات المعرفية التى تستخدم دون مصاحبة التعرض ، تعد وسائل شديدة الفعالية للسيطرة على نوبات الهلع ، كما ذكر سالكوفسكس وكلارك وهاكمان (Salkovskis, Clark, and Hackmann (1991) نتائج من تصميم تضمن حالات فردية متعددة خطوط الأساس ، تم خلاله فحص تأثيرات التركيز على علاج معرفى مع تعليمات بعدم التعرض . وقد انخفضت نوبات الهلع أو توقفت لدى الجميع ، باستثناء واحد من المرضى السبعة ، الذين أجريت عليهم الدراسة .

إعادة التدريب على التنفس

اختبر عديد من الباحثين كفاءة أسلوب إعادة التدريب على التنفس ، في ضوء أن ٥٠ ٪ إلى ٦٠ ٪ من الهلعين يصفون أعراض إفراط فى التنفس بوصفها مشابهة لأعراض نوبات هلعهم . ومن الجدير بالملاحظة على الرغم من ذلك ، أن البحوث الحديثة أظهرت أن تقارير أعراض الإفراط فى التنفس لا تعبر بشكل

(1) Interoceptive .

صحيح عن إفراط ذى طبيعة فسيولوجية فى التنفس ؛ فخمسين فى المئة فقط من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع يظهرون انخفاضاً حقيقياً فى مقدار ثانى أكسيد الكربون ، فى نهاية الشهيق والزفير ، خلال نوبات الهلع (Hibbert & Pilsbury, 1988; Hornsveld, Garssen, Fiedeldi, Dop and van Spiegel, 1990) .

ويبدو أن مرضى خواف الأماكن المفتوحة على وجه الخصوص . يبالغون فى حالتهم الجسمية (Holt & Andrews, 1989) ، وينظر إلى نوبات الهلع ، فى فهمها الذى يؤكد الإفراط فى التنفس ، باعتبارها مثيرة للتوتر ، وأن التغيرات التنفسية سواء كانت تستثير الخوف لأنها تدرك بوصفها مخيفة أو تزيد من درجة الخوف ، تظهر بالفعل نتيجة لمنبهات خوافية أخرى (Clark, Salkovskis, & Chalkley, 1985) وقد وجد كرافت وهو جدوين Kraft and Hoogduin (1984) أن ست جلسات ، مرتين أسبوعيّاً لإعادة التدريب على التنفس والاسترخاء التدريجى تؤدى إلى خفض مرات حدوث نوبات الهلع ، من ١٠ إلى ٤ ، فى الأسبوع . وعلى الرغم من ذلك لم يكن هذا العلاج أكثر فعالية من أىّ من تكرار الإفراط فى التنفس ، والتحكم فى الأعراض من خلال التنفس فى كيس ورقى ، أو تحديد مثيرات التوتر الحياتية وحل المشكلات فى تقريران لحالتين وصفا للتطبيق الناجح لإعادة التدريب على التنفس ، فى سياق علاج قائم على أسس معرفية ؛ حيث يتعلم المرضى إعادة تفسير إحساساتهم على أنها غير خطيرة (Rapee, 1985; Salkovis-Kis, Warwick, Clark, Wessels, 1986) وقد ذكر كلارك وزملاؤه Clark et al. (1985) دراسة على نطاق أوسع ، على الرغم من عدم ضبطها ، تلقى خلالها ١٨ عميلاً من مرضى اضطراب الهلع جلستين أسبوعياً للتحكم فى التنفس ، وتدريباً معرفياً على إعادة الإعزاء . وقد انخفضت نوبات الهلع بشكل ملحوظ فى هذه الفترة القصيرة ، وبالأخص لدى الأفراد الذين لم تكن لديهم مخاوف أماكن مفتوحة جوهرية وأعطى سالكوفسكس وزملاؤه Salkovskis et al. (1986) أربع جلسات أسبوعية للإفراط القهرى فى التنفس ، ومعلومات تصحيحية ، وإعادة تدريب على التنفس لتسعة مرضى ، بعد أن أُجرى تعرض حى للمواقف المثيرة لمخاوف الأماكن المفتوحة ، عندما بدا أن ذلك ضرورياً وقد انخفضت مرات حدوث نوبات الهلع من سبع إلى ثلاث نوبات أسبوعيا فى المتوسط ، بعد التدريب على التحكم فى التنفس .

وعلى الرغم من إظهار هذه الدراسات نتائج مثيرة للتدخلات العلاجية القصيرة ، إلا أن هناك بعض الانشغالات حولها ، من ذلك أولاً : أن المفحوصين كانوا عادة ما يختارون على أساس إظهارهم لأعراض إفراط فى التنفس ، وبالتالى فإن تعميم النتائج على المفحوصين الذين لا يعانون من أعراض الإفراط فى التنفس غير واضح .

ثانياً : لم يتمكن دى رويتر وريجكن وجارسن وكرأيمأت deRuiter, Rijken Garssen, and kraaimaat. (1989) من خلال استخدام مفحوصين مشابهين ، من استعادة كفاءة المزج بين إعادة التدريب على التنفس ، وإعادة تشكيل البنية المعرفية ، وبالمثل فشل هيبرت وشان Hibbert and Chan (1989)، فى التوصل إلى الفرق بين التدريب على التحكم فى التنفس واستخدام عقار زائف.

ثالثاً : إن برامج أو خطوات التدريب على تكرار التنفس تتضمن تقليدياً إعادة تشكيل معرفية ، وتعرض تأملى ، والذى كما سنذكر فيما بعد أظهر أنه علاج فعال لنوبات الهلع . وبالتالى فمن الصعب عزو النتائج ابتداءً إلى التحكم فى التنفس ، واستخلص جارس ودى رويتر وڤان دايك Garssen, deRuiter, and Van Dyck (1992) من مراجعة شاملة لكفاءة وميكانيزمات العملية ، أن إعادة التدريب على التنفس تؤثر فى التغير من خلال ما تتضمنه من تشتت وإحساس بالتحكم .

الاســـــترخاء

أظهر نوع من الإسترخاء يعرف باسم الاسترخاء التطبيقى(١) نتائج واعدة كعلاج لنوبات الهلع . ويتطلب الاسترخاء التطبيقى تدريباً على الاسترخاء العضلى التدريجى (٢) ؛ حتى يكتسب الفرد مهارة استخدام المؤشرات الدالة على التحكم . ويستمر التدريب على الاسترخاء التطبيقى لحين اكتساب مهارة الاسترخاء ، عند ممارسة بنود ينتظمها تدرج لمهام مثيرة للقلق . ولا تتوافر تفاصيل حول الأساس النظرى لاستخدام الاسترخاء فى حالة نوبات الهلع ، تتجاوز توفيره لاستجابة عضوية عكسية للتوتر العضلى وهى الاستجابة التى تميل للظهور خلال القلق والهلع .

---

(1) Applied relaxation .
(2) Progressive muscle relaxation (PMR)

وعلى الرغم من ذلك فإن الدلائل لا تدعم فكرة الاستجابة العضوية العكسية (Rupert, Dobbins, & Mathew, 1981) ، وهناك تفسير بديل هو أن الخوف والقلق ينخفضان إلى المدى ، الذى يؤدى لتوفير الاسترخاء إحساساً بالتحكم أو السيطرة (Bandura, 1977; Rice & Blanchard , 1982) يضاف إلى ذلك أن الإجراءات والميكانيزمات المسئولة عن المكاسب العلاجية قائمة هى الأخرى فى هذا النموذج التطبيقى للاسترخاء ، أخذاً فى الاعتبار تدخل إجراءات التعرض .

ويذكر أوست (1988) Ost نتائج إيجابية لاستخدام الاسترخاء العضلى التدريجى للتحكم فى نوبات الهلع ؛ حيث تحقق تخلص كامل منها لدى مجموعة طبق عليها هذا الأسلوب (ن = ٨) ، وتخلص ١٠٠ ٪ منهم من نوبات الهلع بعد ١٤ جلسة مقارنة بـ ٧١٫٧ ٪ لمجموعة أخرى (ن = ٨) لم يستخدم معها هذا الأسلوب وبالإضافة إلى ذلك ، كانت نتائج المجموعة الأولى مستقرة خلال مرحلة متابعة (استمرت لمدة ١٩ شهراً تقريباً بعد انتهاء العلاج) . بينما ظل تأثير العلاج مستمراً لدى ٥٧ ٪ من أفراد المجموعة الثانية ، وقد صنف كل أفراد مجموعة الاسترخاء العضلى التدريجى فى فئة أصحاب أفضل نتيجة نهائية فى المتابعة ، مقارنة بـ ٢٥ ٪ من المجموعة الأخرى . يناقض ذلك أن بارلو وزملاؤه Barlow et al. (1989) وجدوا أن الاسترخاء العضلى التدريجى لم يكن فعالاً نسبيّاً فى التحكم فى نوبات الهلع ، وبالمثل وجد كلارك وزملاؤه Clark et al. (1992) أن الاسترخاء التطبيقى لم يكن فعالاً بقدر تأثير خليط من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية وقد يرجع هذا التضارب لاختلاف أنواع المهام التى تطبق عليها مؤشرات التحكم فى الاسترخاء . وقد تضمنت ظروف استخدام أوست Ost (1988) للاسترخاء العضلى التدريجى التعرض لمؤشرات باطنية (مثال ذلك إحساسات بدنية مثيرة للخوف) ، بينما اقتصرت ظروف دراسة بارلو وزملاؤه Barlow et al. (1989) فى استخدامها للاسترخاء العضلى التدريجى على المهام الموقفية الخارجية . وقد مزج مايكلسون وزملاؤه Michelson et al. (1990) فى وقت أحدث الاسترخاء العضلى التدريجى بإعادة التدريب على التنفس ، وتدريب معرفى فى علاجهم لعشرة هلعين . وقد تحرر كل المفحوصين تماماً من النوبات الهلعية التلقائية (١) مع نهاية العلاج ، وتخلصوا منها جميعاً ما عدا واحد ، كما

---

(1) Spontaneous .

استوفوا جميعاً محك أعلى مستوى للأداء ، وعلى الرغم من ذلك ، فإن الإسهام المحدد للاسترخاء العضلى التدريجى فى هذه النتائج غير معروف .

التعرض الباطنى

الهدف من التعرض الباطنى ، وهو الهدف نفسه من التعرض للمنبهات الخارجية المثيرة للخوف ، هو مقاطعة أو إضعاف الترابط بين مؤشرات جسمية محددة والاستجابات الهلعية . والأساس النظرى للتعرض الباطنى يقوم على إخماد أو إطفاء الخوف ، فى ضوء الصيغة المفهومية لنوبات الهلع ، باعتبارها ردود أفعال تشريطية [1] ، أو إنذاراً متعلماً[2] للمؤشرات الجسمية البارزة (Barlow, 1988) ويستخدم التعرض الباطنى من خلال إجراءات ، تؤدى إلى إحداث إحساسات ذات طبيعة هلعية حقيقية ، مثل : تدريبات الأوعية الدموية للقلب [3] ، واستنشاق ثانى أكسيد الكربون ، أو الجلوس فى مقعد دوار ، والإفراط فى التنفس ، ويتم التعرض باستخدام نموذج متدرج . وقد لاحظ كل من بون وهاريسون وريس Bon, Harrison and Ress (1971)، وهاسلام Haslam (1974) فى الدراسات المبكرة انخفاضاً ناجحاً فى الاستجابية ، مع الشرب المتكرر لحامض ملحى (وهو عقار ينتج إحساسات بدنية من النوع الهلعى ، بالقدر نفسه الذى تؤثر به العناصر الكيميائية الأخرى ، مثل : الكفابيين واليوهمباين [4]) . وعلى الرغم من ذلك لم يلاحظ الهلع فى هذه البحوث . وفى وقت أحدث قارن جريتز وڤان دن هوت Griez and Van den Hout (1986) بين نتائج ست جلسات للاستنشاق التدريجى لثانى أكسيد الكربون ، ونظام علاجى بالبروبرانولول [5] (وهو كابح عصبى [6] أختير ؛ لأنه يؤدى لإخماد الأعراض التى يستثيرها تنفس ثانى أكسيد الكربون) . وقد استخدم كل من الإجراءين على امتداد دورة علاجية ، امتدت لأسبوعين ، وقد أدى هذا العلاج التنفسى إلى انخفاض فى نوبات الهلع من ١٢ إلى ٤ نوبات ، وهو ما كان نتيجة متفوقة ، مقارنة بنتيجة استخدام البروبرانولول.

---

(1) Conditioned .
(2) Learned alarm .
(3) Cardiovascular exercise .
(4) Yohimbine .
(5) Propranolol .
(6) Beta blocker .

يضاف إلى ذلك أن العلاج التنفسى أدى إلى انخفاض جوهرى أكبر فى تقارير المرضى عن إحساسات الخوف وتشير نتائج المتابعة التى امتدت ستة أشهر إلى استمرارية المكاسب العلاجية ، على الرغم من عدم الإشارة إلى مرات تكرار حدوث نوبات هلعية .

وفى أول دراسة مضبوطة للعلاج السلوكى لإضطراب الهلع ، قارن بارلو وزملاؤه Barlow et al. (1989) المواقف الأربعة الآتية :

الاسترخاء التطبيقى العضلى التدريجى ، والتعرض الباطنى بالإضافة إلى إعادة التدريب على التنفس ، وإعادة تشكيل البنية المعرفية (والتى يشار إليها الآن باعتبارها العلاج بالتحكم فى الهلع [1] ، بارلو وكراسك (Barlow and Craske, 1989) ، ومجموعة ضابطة على قائمة انتظار ويتطلب التعرض الباطنى تكرار التعرض باستخدام أساليب للحث ، مثل : الإفراط القهرى فى التنفس [2] ، الدوران الحلزونى على مقعد [3]، والقيام بمجهود قلبى ، وكان الموقفان المتضمنان لتعرض باطنى وإعادة تشكيل معرفى (علاج التحكم فى الهلع) متفوقين بفرق جوهرى ، مقارنة بالاسترخاء العضلى التدريجى وقائمة الانتظار بمحك عدد مرات تكرار النوبات الهلعية ، وتحرر ٨٧٪ من أفراد مجموعتى علاج التحكم فى الهلع من نوباتهم تماما . وظلت النتائج مستقرة على امتداد ٢٤ شهراً من المتابعة ، بعد انتهاء العلاج للمجموعة التى تلقت علاجاً بالتعرض الباطنى وإعادة التشكيل المعرفى ، دون استرخاء عضلى تدريجى بينما كانت المجموعة التى تلقت علاجاً مركباً أكثر ميلاً للتدهور ، خلال المتابعة (Craske, Brown and Barlow, 1991) ، وتبين هذه الدراسة تفوق التعرض الباطنى والأساليب المعرفية على كل من المدى القريب والبعيد فى التحكم فى نوبات الهلع . وعلى الرغم من ذلك، كان الاسترخاء العضلى التدريجى فعالاً بالقدر نفسه الذى أدى اليه التعرض والاستراتيجيات المعرفية فى خفض القلق العام .

وأوضح كلسكو وبارلو وتساينارى وسيرنى Klosko, Barlow Tassinari and Cerny (1990) فى دراسة تالية أن علاج التحكم فى الهلع كان جيداً ، وربما

(1) Panic Control treatment (PCT) .
(2) Forced hyperventilation .
(3) Spinning .

أفضل على كل مقاييس النتائج التالية مباشرة للعلاج من أغلب الأساليب الدوائية الشائع ، أى البرازولام alprazolam (Xanax) وتشير النتائج إلى أن ٨٧٪ من مجموعة علاج التحكم فى الهلع تخصلوا من نوباتهم ، مقارنة بـ ٥٠٪ فى مجموعة الـ Xanax ، ٣٦٪ ، ٣٣٪ ، باستخدام عقار زائف أو دون علاج على قائمة انتظار على الترتيب . ويؤيد تحليل أولى لدراسة غير مكتملة كفاءة الجمع بين الأساليب المعرفية والتعرض الباطنى (Brown, Rapee, Antony, & Barlow, 1990) . وعلى الرغم من عدم وجود فرق دال إحصائياً بين مجموعة العلاج بالتعرض الباطنى ومجموعة تلقت علاجاً معرفياً فقط ، إلا أن العلاج بالتعرض الباطنى كان أكثر كفاءة فى قمع الخوف من الإحساسات الجسمية الناتجة عن استنشاق ثانى أوكسيد الكربون .

ومما يجدر ذكره أن الهلع يخضع لتحكم يتسم بالكفاءة عند استخدام الإجراءات المعرفية والجسمية ، والتعرض الباطنى خلال فترة قصيرة نسبيّاً ، ويبلغ متوسط عدد جلسات العلاج ١٠ جلسات تقريباً . وقد ذكر هاكمان وكلارك ، وسالكوفسكس وويلس وجيلدر Hackmann, Clark, Salkovskis, Wells and Gelder (1992) حديثاً نتائج فعالة ، من خلال حد أدنى من الصلة العلاجية ، وكتيبات المساعدة الذاتية (١) على مدى أربعة أسابيع . ولا يتطابق التحكم الدرامى فى نوبات الهلع دائماً مع معدلات تحقيق أعلى مستوى نهائى للأداء (٢)، فتعبير أعلى مستوى نهائى للأداء يشير إلى الشفاء الإكلينيكى ، أو الأداء فى حدود المعايير السوية ، وهو يتحدد من خلال مستويات القلق ، والخوف ، والإعاقة بصفة عامة ويحقق ما بين ٥٠٪ إلى ٦٠٪ من المرضى تقريباً أعلى مستوى نهائى للأداء فى دراسة بارلو وزملاؤه Barlow et al. (1989) وفى دراسة مايكلسون وزملائه Michelson et al. (1990) وعلى النقيض من ذلك ، يذكر أوست Ost (1988) وسالكوفسكس وزملاؤه Salkovskis et al. (1991) نسباً كبيرة لأعلى مستوى نهائى للأداء ، يضاهى معدلات التحكم فى الهلع . وقد يكون التضارب عبر الدراسات راجعاً إلى :

(1) Self-help manuals .
(2) High end-state functioning .

١ - الفروق فى العينات .

٢ - الفروق فى الطريقة التى يصنف فيها أعلى مستوى نهائى للأداء .

٣ - فروق حقيقية فى كفاءة العلاجات المعرفية السلوكية فى المواقع المختلفة .

ويكشف الفحص الدقيق لبيانات بارلو وزملائه Barlow et al. (1989) أن وجود مخاوف الاماكن المفتوحة أحياناً ما يكون مسئولا عن المعدلات المنخفضة لأعلى مستوى نهائى للأداء ، خلال المتابعة (Craske et al., 1991) . وبالتالى فمن المقنع أن يكون مستوى حدة مخاوف الأماكن المفتوحة هو المسئول عن المعدلات المختلفة لأعلى مستوى نهائى للأداء عبر الدراسات المختلفة .

وعلى الرغم من ذلك ، فإن الغالبية العظمى من نتائج الدراسات التى سبق وصفها يتضمن مرضى باضطراب الهلع ، مع الحد الأدنى من التجنب الخوافى للأماكن المفتوحة . وأحدى القضايا المهمة هى المدى الذى يؤثر به علاج التحكم فى الهلع فى مخاوف الأماكن المفتوحة ، فى المستويات المتوسطة أو الحادة . وكانت النتائج حول هذه القضية متضاربة ، خلال المؤتمر الدولى للعلاج المعرفى عام ١٩٩٢ فقد ذكر ڤان دن هوت وارنتز Van den Hout and Arntz (1992) وجود حد أدنى من التأثيرات على مخاوف الأماكن المفتوحة ، بينما ذكر أوست ووستيلنج Ostand Westling (1992) انخفاضاً جوهرياً فى مخاوف الأماكن المفتوحة . ويتطلب الأمر مزيداً من البحوث التى تتعلق بالجمع بين العلاج بالتحكم فى الهلع ، والعلاج بالتعرض الموقفى فى مخاوف الأماكن المفتوحة (سيوصف فيما بعد) . وهناك قضية أخرى ما زالت قيد البحث ، هى تأثير الجمع بين العلاج المعرفى السلوكي للتحكم فى الهلع والعلاج الدوائى . (وتجرى هذه الدراسة بصورة جماعية بدعم من المعهد القومى للصحة العقلية فى صنى ، البانى، بجامعة كولومبيا بين المعهد الغربى للطب النفسى ، وجامعة ييل ، ويقوم بها كل من بارلو Barlow ، وجورمان Gorman ، وشير Shear وودز Woods على الترتيب .

التعرض الموقفي

يشير التعرض الموقفى (١) المستخدم فى علاج مخاوف الأماكن المفتوحة إلى مواجهة متكررة أو اقتراب من موضوعات الموقف ، التى تتجنب ، وعادة ما تكون هذه مواقف نمطية تثتثير مخاوف الأماكن المفتوحة ، مثل الأسواق العامة ، والكنائس ، أو المواقف الأخرى المزدحمة ، التى قد يصعب الهرب منها فى حالة حدوث نوبة هلع . وباستبعاد حالات الانسحاب من الدراسة ، يظهر ما بين ٦٠٪ إلى ٧٠٪ من مرضى خواف الأماكن المفتوحة تحسناً ، يستمر على مدى أربع سنوات أو أكثر فى المتوسط (انظر للمراجعة Jansson and Ost., 1982) وعلى الرغم من ذلك فإن ما بين ٣٠٪ إلى ٤٠٪ لا يحققون فائدة ، ويحقق أقل من النصف أعلى مستوى من الأداء النهائى (Burns, Thorpe & Cavallaro, 1986; Cohen, Monteiro & Marks, 1984; Hafner, 1976; Jacobson, Wilson, & Tupper, 1988; Jansson, Jerremalm & Ost, 1986; Marks, 1971; Munby & Johnston, . ويستخلص جاكوبسون وزملاؤه Jacobson et al. (1988) من مراجعتهم أنه بينما يظهر ٥٠٪ من المرضى تحسناً مستقراً ودالاً إحصائياً ، إلا أن ٢٥٪ فقط فى المتوسط هم من لا يصبحون خوافيين على الإطلاق بنهاية العلاج . وأخيراً قد ينتكس قدر كبير يصل إلى ٥٠٪ من المرضى الذين يستفيدون أكلينيكيا ، على الرغم من أن هذا الانتكاس قد يكون عابراً ، وتتبعه عادة عودة إلى المستويات التى حققها العلاج (Munby & Johnston, 1980) وبالاخذ فى الاعتبار هذه الخصائص ، تجرى الآن محاولات لتحسين كفاءة العلاج ، من خلال فحص المتغيرات المتعلقة بالإجراءات ، بما فى ذلك التعرض المكثف مقابل التعرض المتقطع ، والتدريجى مقابل الحاد أو المجهد والموجه من المعالج مقابل ذاتى التوجيه ، والمداومة على التعرض مقابل التحكم فى الهرب ، وتركيز الانتباه مقابل التشتت أثناء التعرض ، واستخدام استراتيجيات التغلب ، واستهداف النوبات الهلعية وتفهم الهلع .

التعرض المكثف مقابل المتقطع(٢)

يطبق العلاج بالتعرض ، فى أقصى درجات شدته بمعدل ٣ إلى ٤ ساعات فى اليوم ، لمدة ٥ أيام فى الأسبوع . وتعد الجلسات المستمرة والطويلة أكثر كفاءة

(1) Situational exposure .
(2) Massed versus spaced exposure .

بصفة عامة من الجلسات القصيرة أو المتقطعة ;Chaplin, Levine, 1981) (Marshall, 1985; stern & Marks, 1973 والمعدل الأمثل لعدد مرات التعرض من الأمور غير الواضحة وقد قارنت فوا وجميسون وتيرنر وباين,Foa, Jameson) (Turner, and Payne (1980 نتائج ١٠ جلسات أسبوعية بعشر جلسات يومية للعلاج بالتعرض الحي لـ ١١ من مرضى خواف الأماكن المفتوحة (وقد تم الموازنة بين الطريقتين في تصميم الدراسة) . وكان من الواضح أن التأثير المتفوق للفترات القصيرة كان تاليا لتأثير التعرض المكثف . وعلى الرغم من ذلك يرى بارلو (Barlow (1988 أن التعرض المتقطع مفضل للأسباب الآتية : أن معدلات عدم مواصلة العلاج مرتفعة بصفة عامة في حالة التعرض المكثف (Emmelkamp & ultee, 1974; Emmelkamp & Wessels, 1975) كما قد تكون معدلات الانتكاس التالية للتعرض المكثف أعلى Hafner, 1976; Jansson) (Ost, 1982 & بالإضافة إلى أن التغيرات السريعة مثيرة لتوتر الأسرة .

وتختلف نتائج شامبليس (Chambless (1989 عن توقعات بارلو Barlow (1988) ؛ ففي دراسة شامبليس صنف ٣٦ مفحوصاً (الذين كان نصفهم من خوافي الأماكن المفتوحة ، والنصف الآخر لديهم مخاوف بسيطة) في مجموعتين للتعرض المكثف والتعرض المتقطع ، وتلقى كل المفحوصين ١٠ جلسات للتعرض الواقعي التدريجي ، وتدريب على التحكم في التنفس ، وعلى تشتيت الانتباه ومقاصد أو نوايا متناقضة ظاهرياً (1) ، وأجرى التقطع المكثف يومياً . وكان الإجراءان متساويين في الكفاءة على المدى القصير وعلى مدى فترة متابعة امتدت لستة أشهر . ولم تكن هناك أية اتجاهات لمعدلات فارقة تخرج منها الدراسة ، أو لمعدلات انتكاس فارقة على امتداد شهور المتابعة الست . وعلى الرغم من ذلك ، لم يكن بعض المفحوصين قادرين على قبول التعرض المكثف ، مشكلين بذلك قدراً من التحيز الانتخابي . وتشير شامبليس على الرغم من ذلك ، إلا أن نتائجها لا تقبل التعميم ، حيث دائماً ما كان يتخلل التعرض المتقطع واجبات منزلية ، قد تؤدي إلى زيادة الكفاءة النهائية . وعلى الرغم من ذلك تستخلص شامبلس أن الاختيار بين أسلوبي التعرض المكثف والتعرض المتقطعع ، إنما يحدده كل من المعالج والعميل .

---

(1) Paradoxical intention .

التعرض المتدرج مقابل الحاد أو المجهد (١)(*)

يطبق التعرض المتدرج تقليدياً بتتال تدريجي من أسهل البنود إلى أصعبها. وقد نشر فايجنبوم Feigenbaum (1988) حديثاً نتائج على المدى القصير والبعيد لمواقف تعرض متدرج ، مقابل تعرض حاد ، وقد أجريت كل مواقف التدريب بطريقة مكثفة (٢) على مدى الدورة العلاجية ، والتى امتدت من ٦ إلى ١٠ أيام متصلة ، وقد تلقت إحدى المجموعتين تعرضاً غير متدرج (ن = ٢٥) ، يبدأ من أكثر البنود إثارة للخوف فى مدرج التجنب ، وتلقت المجموعة الأخرى (ن = ٢٣) تعرضاً متدرجاً يبدأ بأقل البنود إثارة للخوف . وكانت العينة مكونة من مرضى لديهم مخاوف حادة من الأماكن المفتوحة ، وكان ثلث أفرادها من حبيسى المنازل، كما تبين عند التقييم المبدئى . وقد برهنت طريقتا العلاج عند نهايتهما - وبعد ثمانية شهور تالية على أنهما متساويتان فى كفاءتها (على الرغم من أن مجموعة التعرض المتدرج ذكرت أن العلاج كان أكثر إثارة للكدر ، وهو أمر مثير للاهتمام) . وعلى الرغم من ذلك ، كان التعرض غير المتدرج واضح التفوق خلال التقييم بعد خمس سنوات من المتابعة : فقد وصف ٧٦٪ من مجموعة التعرض الحاد ، مقابل ٣٥٪ من مجموعة التعرض المتدرج أنهم تخلصوا تماماً من أعراضهم .

وعند إضافة ١٠٤ مفحوصاً آخرين إلى مجموعة التعرض الحاد ، ظلت النتائج كما هى . فمن بين المجموع الكلى البالغ ١٢٩ مفحوصاً ذكر ٧٨٪ منهم تخلصاً كاملاً من الأعراض . وتوحى هذه المجموعة الدرامية من النتائج بأن التوجه الحاد يمكن أن يكون مفيداً الغاية (عندما يجرى بطريقة متصلة) ، ومن غير المعروف ما المدى الذى يمكن أن تعمم به هذه النتائج على التعرض المتقطع، ولسوء الحظ فإن معدلات خوف المفحوصين من العلاج أو معدلات قبولهم له لم توصف فى الدراسة ، كما أن صدق مقاييس تقييم النتائج محل تساؤل . وعلى الرغم من ذلك ، فإن هذه النتائج تبرز احتمالية أنه على الرغم من أن التعرض المكثف والحاد مقبولان ، بالنسبة لعدد قليل من الناس هم أولئك الذين يوافقون عليه ، فإن نتائجه تبدو فعالة ، مثل : التعرض المتدرج أو المنقطع أو أفضل.

(*) الحاد أو المجهد أى التعرض لأكثر المنبهات إثارة للمخاوف ، دون التدرج فى التعرض من الأقل إثارة للخوف إلى الأكثر إثارة له (المترجم) .

(1) Graduated versus Intense Exposure .

الهرب المنظم مقابل التحمل (١)

يعد الاستمرار في موقف تعرض حتى ينخفض القلق «قاعدة ذهبية» فى التعرض الحى (Marks, 1978) ، وبالمثل يفترض نموذج العمليات الانفعالية ، الذى وضعت خطوطه العريضة فوا وكوذاك Foa and Kozak (1986) أن انخفاض الخوف على المدى البعيد يعتمد على زيادة تنشيط الإثارة الباعثة على الخوف ، خلال جلسات خفض الخوف . ويتفق ذلك مع ما لاحظه مارشال Marshall (1985) من حدوث استفادة جوهرية من فترات التعرض الاطول ، وحيث كان يسمح بالقدر اللازم من الوقت لاستكمال حدوث خفض فى القلق . وعلى النقيض من ذلك عرض إيميلكامب Emmelkamp (1982) مراراً قيمة العلاج بالتعرض ، الذى توجه خلاله تعليمات للمفحوصين بوقف التعرض ، عندما يصل القلق إلى مستويات مفرطة . كما ذكر اجراس وليتنبرج وبارلو Agras, Leitenberg and Barlow (1968) بالمثل نتائج ناجحة ، دون الحاجة لتحمل مستويات مرتفعة من القلق فى المواقف الباعثة على الخوف . وقد توصل دى سيلفا وراخمان Desilva and Rahman (1984) وراخمان وكراسك وتالمان وسوليوم Rachman, Raske, Tallman and Solyom (1986) إلى نتائج متساوية الكفاءة ، سواء عندما كان المفحوصون يهربون من مهام التعرض ، عندما كان مستوى القلق يصل إلى درجة ٧٠ على مقياس ممتد من صفر إلى ١٠٠ (وحيث كان يتبع الهرب عودة فورية إلى الموقف) ، أو عندما كان يطلب من المفحوصين أن يظلوا فى الموقف حتى يصل القلق إلى قمته ثم ينخفض إلى ٥٠ ٪ على الأقل . ومن المثير للشغف أن أفراد مجموعة الهرب ذكروا قدراً أكبر من التحكم المدرك ، وقدراً أقل من الخوف خلال التعرض ، مقارنة بأفراد مجموعة اللاهرب بما يوحى أن إثارة الحد الأقصى من الخوف ليس جوهريا لتحقيق منفعة علاجية .

ويؤكد نموذج التغير العلاجى (٢) الذى وصفه باندورا , Bandura (1977 1988) ووليمز Williams (1988) أهمية اكتمال الأداء أو الكفاءة الذاتية (٣) كنقيض لخفض القلق أو الاعتياد (٤) . ويستخدم لذلك منحى للسيطرة أو التمكن ، يؤكد الطريقة التى يتم بها التعرض فى مقابل مجرد الاقتراب نحو المنبه .

(1) Endurance .
(2) Therapeutic change .
(3) Self-efficacy .
(4) Habituation .

ويصحح السلوك الدفاعى غير التوافقى ، الذى يقمع تطور الكفاءة الذاتية أثناء الأداء ، والذى يعزى إلى السلوك الحمائى (١) بدلاً من إمكانات التحسن الذاتية . مثال ذلك يتم تعليم المفحوصين قيادة السيارة ، وهم فى وضع الاسترخاء خلف عجلة القيادة ، والسير عبر جسر دون الالتزام بحافته . وقد أظهر هذا النوع من التمكن الموجه أنه يؤدى إلى نتائج أكثر فعالية من العلاج بالتعرض للمنبه (Williams, Turner, & Peer, 1985; Williams & Zane, 1989) علاوة على ذلك فطالما يميل المفحوصون المتمكنون إلى تقرير وجود حد أدنى من القلق ، خلال التعرض ، فإن النتائج تتفق مع النتائج الأخرى فى أن المستويات العليا من مثيرات الخوف ليست متطلباً أولياً لخفض القلق من التعرض .

ويقلل منظور إشارات الأمان(٢) (Rachman, 1984) بالمثل من أهمية مستويات القلق ، التى تستثار خلال التعرض . ويرى راخمان أنه يتعين تيسير العلاج بالتعرض من خلال ادماج إشارات الأمان فيه . مثال ذلك أنه بدلاً من دخول العميل إلى سوبر ماركت ، بينما المعالج ينتظره فى الخارج ، على العملاء أن يسيروا نحو المعالج (وهى إشارة أمان) ، الذى ينتظرهم داخل السوبر ماركت وقد قارن سارتورى وماسترز وراخمان Sartory, Masters and Rachman (1989) التعرض باستخدام إشارات الأمان (ن = ٩) بالتعرض المعيارى (ن = ١٠) لعلاج مخاوف الأماكن المفتوحة فى برنامج علاجى من أربع جلسات ، تحت توجيهات المعالج (٣) وأسبوعين من التدريب على التوجيه الذاتى(٤) .

وقد تحقق قدر ضئيل من المزايا تحت شرط إشارات الأمان ، خلال مرحلة التدريب الذاتى على وجه الخصوص . وعلى الرغم من أن هذه النتائج أولية ، إلا أنها تتسق مع الدلائل التى أشير إليها فيما سبق ، والتى توحى بإمكان إجراء التعرض بصورة تتسم بالكفاءة دون أستثارة ، ثم اعتياد لمستويات مرتفعة نسبياً من استثارة الخوف . ويتسق هذا المنحى مع نموذجنا الخاص بالتغير الانفعالى(٥)، الذى يؤكد اكتساب قدرة أو حس بالتحكم عبر الأحداث غير المتوقعة أو الخارجة عن السيطرة ، مع تغير فى الميل إلى الهرب بوصفه محوراً للتغير Barlow (1988) .

(1)Protective behaviors
(2) Safety - Signal prespective .
(3) Therapist -directed .
(4) Seif - directed .
(5) Emotional change .

التشـــتت (١)

دائماً ما يذكر أن التعرض يصبح فى أقصى درجات تأثيره عند توجيه الانتباه كلية نحو الموضوعات المثيرة للخوف ، مع خفض المصادر المشتتة الداخلية والخارجية (Brokove, 1976; Foa & Kozak, 1986) ، وقد استخدم كراسك وزملاؤه Craske et al. (1989) أسلوبى التعرض بتوجيه من المعالج ، والتعرض بالتوجيه الذاتى لمرضى خواف الأماكن المفتوحة ، فى مجموعات صغيرة على امتداد ١١ جلسة . وطلب من المفحوصين (ن = ١٦) تحت أحد الشروط مراقبة الإحساسات الجسمية والأفكار بشكل موضوعى ، أينما تبدت لهم أثناء التعرض الحى ، وأن يستخدموا طريقة ايقاف الأفكار(٢) ، والتعبيرات الموجهة لمقاطعة التشتت . وتحت شرط آخر ، تم تعليم المفحوصين (ن = ١٤) استخدام مهام معينة مشتتة أثناء التعرض الحى (كلمات إيقاعية وهجاء كلمات) ، وأن يقوموا بإيقاف التفكير واستخدام تعبيرات ذاتية مشتتة لمقاطعة تركيز الانتباه على الإحساسات الجسمية والصور العقلية المثيرة للخوف . ولم تختلف المجموعات بعد نهاية العلاج ، أو عند التقييم فى نهاية فترة المتابعة وعلى الرغم من ذلك ، واتساقاً مع النتائج السابقة الخاصة بمرضى الوسواس القهرى (Grayson, Foa, & Steketee, 1982) ، تحسنت مجموعة التركيز أثناء التعرض جوهرياً بعد العلاج ، وخلال المتابعة ، على النقيض من القدر الخفيف من التدهور لدى مجموعة التشتيت خلال التعرض . وتوحى هذه الدراسة بأن التعليمات التى يطلب فيها التركيز على الإحساسات والأفكار المثيرة للخوف أو محاولة تشتيتها ، يمكن أن تؤدى إلى فروق فى النتائج على المدى القصير ، على الرغم من إمكان حدوث ميزة فورية لدى مجموعة التعرض ، مع التركيز فى نهاية العلاج .

ملحق : و صف العلاج

مراجعة

الهدف الأساسى من ملحق وصف العلاج هو التأثير بشكل مباشر فى جوانب سوء التفاعل المعرفية فى حالة النوبات الهلعية والقلق ، واستجابات الإفراط فى التنفس ، وردود الفعل التشريطية للمؤشرات الجسمية والخوف من

---

(1) Distraction .
(2) Thought stopping .

الأماكن وتجنبها . ويتم ذلك أولاً من خلال توفير معلومات دقيقة حول طبيعة الجوانب الفسيولوجية لاستجابات الكر والفر[1] ، وتعلم مثل هذه المعلومات يجعل العملاء يعرفون أنهم يعانون من إحساسات وليس من «هلع» ، وأن هذه الإحساسات سوية وغير مؤذية . ثانياً . يهدف العلاج تعليم أساليب محددة ؛ للمساعدة على تعديل المفاهيم العقلية بما فى ذلك تعريف المعتقدات الشاذة وتحديها ، يلى ذلك تقديم معلومات نوعية تتعلق بتأثيرات الإفراط فى التنفس ودوره فى النوبات الهلعية ، بالإضافة إلى إعادة تدريب على التنفس ، ثم يجرى تعرض متكرر للمؤشرات الداخلية المثيرة للخوف بهدف إلغاء العلاقة التشريطية بين ردود الفعل المتسمة بالخوف والمواقف المثيرة للخوف وتجنبها ، والذى يمارس لإضعاف الترابط بين سياقات موقفية معينة وخبرة القلق والهلع .

الجلسة الأولى

يستهدف من الجلسة الأولى تقديم وصف للقلق ، ومنطق العلاج ، ووصف العلاج ، وتأكيد أهمية مراقبة الذات . والتدريبات المنزلية بين جلسات العلاج . ويبدأ العلاج بتحديد أنماط القلق والمواقف ، التى يحتمل أن يحدث فيها القلق ونوبات الهلع . ويجد الكثير من العملاء صعوبة فى تحديد المواقف السابقة ، حيث يذكرون أن القلق يمكن أن يحدث فى الغالب فى أى وقت . واتساقاً مع نموذج النوبات الهلعية الذى سبق وصفه ، يقدم تأكيد خاص على المؤشرات الداخلية ، التى يمكن أن تستثير القلق والخوف ، وعلى وجه الخصوص المكونات المعرفية اللفظية ، والتخيلات المأساوية والإحساسات الداخلية ويدور الحوار التالى بين جين (ج) ، ومعالجها (م) :

م : ما المواقف التى تكونين فيها أكثر تعرضاً للهلع ؟

ج : المطاعم المزدحمة ، وأثناء قيادتى للسيارة ، لكن أحياناً أقود سيارتى بمفردى ، وأشعر أننى على ما يرام ، وفجأة وبلا مقدمات يحدث الأمر ، وقد أكون جالسة مسترخية فى البيت فى أحيان أخرى ، وإذا بالنوبة تهاجمنى . وعندما يحدث هذا أكون مذعورة تماماً ولهذا لا أستطيع أن أفسرها .

---

(1) Fight-Flight response .

م : إذاً ، أثناء قيادتك السيارة على الطريق السريع ، ما أول شىء تلاحظينه ويشعرك أنك ستتعرضين لنوبة هلع ؟

ج : حسناً ، تبدو السيارات الأخرى على الطريق كما لو كانت تسير ببطء شديد .

م : وما أول ما تلاحظينه عندما تكونى فى البيت ؟

ج : مشاعر بعدم الواقعية ، مثل أننى طافية .

م : إذاً فإن نوبة الهلع التى كان يبدو أنها تحدث دون أسباب مرتبطة فى الواقع بمشاعر عدم الواقعية ، أو عندما يبدو أن الأشياء تتحرك بالحركة البطيئة .

ج : أعتقد ذلك ، ودائماً ما أعتقد أن إحساساتى الجسمية هى نوبة الهلع ، لكن ربما تكون هى التى تعجل ببدء النوبة .

الخطوة التالية هى نموذج النظام ثلاثى الاستجابات[1] لوصف وفهم مفهوم القلق والهلع .

ويعتقد أنه يسهم فى توفير وعى ذاتى موضوعى ، كما أنه يوفر أساساً لإطار مفهومى بديل لتفسير الهلع والقلق ، يحل بدلاً من فروض العميل الخاطئة ويطلب فيه من العملاء وصف الجوانب المعرفية والفسيولوجية والسلوكية لاستجاباتهم ، ويطلب من العملاء تحديد الأشياء التى يشعرون بها ويفكرون فيها ، ويقومون بها ، عندما يكونون قلقين وهلعين . مستخدمين نموذج نظام الاستجابات الثلاثة الذى وصف الآن . ويتم إلقاء الضوء على مخططات (بروفيلات) الاستجابة لكل من القلق والهلع ، مثال ذلك : أن المكون المعرفى فى القلق العام يمكن أن يتضمن قلقاً من أحداث المستقبل ، بينما قد يتضمن المكون المعرفى فى الهلع قلقاً حول الخطر المحدق . وقد يتضمن المكون السلوكى فى القلق العام اهتياجاً[2]وعصبية ، بينما قد يتضمن المكون السلوكى فى الهلع هرباً أو تجنباً ، وقد يتضمن المكون الفسيولوجى فى القلق العام توتراً عضلياً ، بينما يتضمن المكون الفسيولوجى فى الهلع تسارع ضربات القلب .

وبعد التأكد أن العميل قد استوعب فكرة تحليل نماذج الاستجابات الثلاثة ، وحيث تكون الوسائط فيها مستقلة جزئياً ، يوصف له التفاعل بين نظم الاستجابة

---

(1) Three-response system model .
(2) Agitation .

الثلاثة . ويطلب من العميل أن يصف المكونات الثلاثة فى أحدث نوبة هلعية تعرض لها ، وتحديد الطرق التى تفاعلت بها لتؤدى به إلى كدر بالغ .

م : كيف يمكنك وصف المكونات الثلاثة لنوبة الهلع ، التى تعرضت لها فى البيت الأسبوع الماضى ؟

ج : حسناً ، شعرت جسمياً أن رأسى تدور بى فى الواقع ، ويداى باردتان ، وأعتقدت أننى سأتجاوز ذلك ، أو أننى بطريقة ما سأتلاشى فى العدم . وكان سلوكى أننى جلست لأستريح ، واتصلت تليفونياً بزوجى الذى كان فى عمله .

م : والآن ما أول شيء لاحظتيه ؟

ج : عندما وقفت على قدمى ، بدأت أشعر أن رأسى ثقيل ، وأن هناك دوامة تدور فى داخله .

م : ماذا كان أول رد فعل لك لهذه المشاعر ؟

ج : غصت فى المقعد ، وفكرت أن هناك شيئاً خطأ ، وفكرت أن الأمر سيسوء أكثر وأننى سأنهار .

م : إذاً فقد بدأ الأمر بإحساسات جسمية ، ثم كانت لديك بعض الأفكار الخاصة جداً حول هذه الإحساسات . ما الذى حدث بعد ذلك ؟

ج : شعرت بقلق شديد .

م : وماذا حدث بعد ذلك ؟

ج : حسناً ، بدا أن الدوار أصبح أسوأ وأسوأ ، وأصبحت حقيقة قلقة أن الأمر مختلف عن أى خبرة سابقة ، تعرضت لها من قبل ، كنت معتقدة أنها «الحالة» .

م : إذاً ، بعد أن أصبحت قلقة ، اشتدت مشاعرك الجسمية وأفكارك حول أن شيئاً سيئاً سيحدث ؛ ما الذى فعليته بعد ذلك ؟

ج : اتصلت بزوجى ، ورقدت فى الفراش إلى أن عاد إلى البيت ، لقد كان الأمر فظيعاً .

م : هل تستطيعين ملاحظة أن أحد ردود الأفعال غذى الآخر ، وأدى لحدوث دورة متتالية من ردود الأفعال ، بدأت بإحساسات ثم بعض الأفكار الهلعية ،

ثم الشعور بالقلق ، ثم إحساسات أكثر وأفكار أكثر وخوف أكثر وهكذا . والآن إذا قمنا بقطع هذا التسلسل فى وقت مبكر ، لنقل مثلاً بمنع الأفكار المروعة من الوصول إلى تفكيرك ، فلن يتزايد القلق والخوف .

وللاستمرار فى تطوير نموذج مفهومى بديل ، يقدم المعالج وصفاً مختصراً لبداية نوبة الهلع . ويفاد العملاء أنه يمكنهم الإفادة من العلاج دون حاجة لفهم أسباب بدء معاناتهم لنوبات هلعية ، طالما أن العوامل المتضمنة فى بدء نوبة الهلع لا تتشابه بالضرورة مع العوامل المؤدية لاستمرار المشكلة .

وعلى الرغم من ذلك ، دائماً ما ينظر إلى النوبة الهلعية الأولى ، باعتبارها تعبيراً عن القلق والتوتر . ويتم بالتعاون مع العميل الكشف عن مثيرات التوترالمحبطة المقترنة بالوقت الذى حدثت فيه النوبة الهلعية الأولى ، حيث يمكن لهذه المثيرات للتوتر أن تزيد من مستوى الاستثارة الفسيولوجية ، وتشحن مخططات معرفية خطيرة الدلالة .

تنتهى الجلسة الأولى بتقديم وصف كامل للعلاج ومنطقه . وقد استجابت جين لهذه المعلومات بأن أصبحت شديدة القلق من احتمال أن تصبح قلقة ، وقد شعرت أنها غير قادرة سواء على تحمل الإجراءات العلاجية أو توقعها ، وأصبحت متهيجة للغاية فى العيادة ، وعبرت عن شعور بعدم الواقعية ، وفتحت باب المكتب لتبحث عن زوجها ، الذى كان ينتظر بالخارج . وقد ساعد المعالج جين على فهم كيف أن دورة الهلع بزغت فى الموقف الراهن ، بتحديد ردود أفعالها المعرفية والفسيولوجية والسلوكية كالآتى :

١ – كان المحفز هو وصف إجراءات العلاج بما أدى إلى مواجهتها لإحساس الخوف ومواقفه .

٢ – كان الوصف مؤدياً إلى إثارة القلق ، لأن جين اعتقدت أنها لن تتمكن من التعامل مع المطالب العلاجية ، وأن العلاج سيسبب لها قلقاً أكثر لدرجة تجعلها تفقد الصلة بالواقع بشكل دائم ، أو أنها لن تتحسن لأنها لن تكون قادرة أبداً على تحمل البرنامج العلاجى .

٣ – أدى القلق الحالى أثناء وجودها فى العيادة إلى إحساسات بعدم الواقعية وتسارع فى ضربات القلب .

٤ – بدأت جين تقلق من أنها قد تتعرض للهلع وتفقد الصلة بالواقع تماماً ، خلال الدقائق القليلة التالية .

٥ – بقدر مشاعر جين ، وبقدر قوة محاولتها الهرب بحثاً عن الأمان ، بقدر قوة ما أصبحت عليه الإحساسات الجسمية .

٦ – شعرت جين ببعض التحسن ، عندما وجدت زوجها ، لأن وجوده أكد لها أنها ستكون آمنة .

وقد أوضُحت لها الاعزاءات المعرفية الخاطئة من خلال تأكيد أن العلاج سيتم بخطى تكون مستريحة خلالها ، ومن خلال إعادة تشكيل معرفى أولية لإلغاء احتمال فقدانها الدائم للصلة بالواقع . وبعد مناقشة مطولة أصبحت جين أكثر تقبلاً للعلاج . وتم الاتفاق على خطة علاج يشارك فيها فريق ، وحيث شعرت جين أنها لن تكون مرغمة على عمل أشياء لا تعتقد أنها قادرة على عملها.

وتطلب الواجب المنزلى لهذه الجلسة قيامها بمراقبة ذاتية باستخدام النماذج، التى سبق وصفها لتعزيز الوعى الذاتى الموضوعى . ويطلب من العملاء مراقبة خوفهم وقلقهم ، واضعين نصب أعينهم نظام الاستجابات الثلاثى ، الذى وصف فى هذه الجلسة .

الجلسة الثانية

تتمثل أهداف هذه الجلسة فى وصف الخصائص الفسيولوجية الكامنة خلف القلق والهلع ، ومفاهيم الإفراط فى التنبه (١) والتشريط الباطنى . وتطور هذه الجلسة أساساً أهداف الجلسة السابقة ، فيما يتعلق بالوعى الذاتى الموضوعى والنموذج المفهومى البديل ، ويحصل العملاء على مطبوعة تفصيلية لقراءتها بعد انتهاء الجلسة (أنظر شكل ٤ : ١) تلخص الجزء التعليمى فى العلاج . والمفاهيم الرئيسية فى هذه المطبوعة التعليمية ، هى :

١ – القيمة الحيوية للوظيفة الحمائية للقلق والهلع .

٢ – الأسس الفسيولوجية للإحساسات المختلفة التى تختبر أثناء الهلع والقلق، والوظيفة الدائمة للعمليات الفسيولوجية للقلق .

(1) Hypervigilance .

٣ – دور التعليم ، والقيمة المعرفية للمخاوف الوسيطة لإحساسات جسمية معينة .

ويتم تفسير نموذج الهلع الذى سبق وصفه فى هذا الفصل . ويفسر على وجه الخصوص مفهوم التشريط الباطنى المسئول عن نوبات الهلع ، التى تحدث استجابة لمؤشرات داخلية دقيقة أو إحساسات جسمية يمكن أن تحدث فى أى وقت . وتؤدى هذه المعلومات إلى خفض القلق من نوبات الهلع ، وتعزز مصداقية الإجراءات العلاجية التالية .

وكانت هذه الجلسة مهمة للغاية لجين ؛ إذا كانت عدم قدرتها على تفسير نوبات الهلع بمثابة جزء جوهرى فى قلقها .

وفيما يلى بعض الأسئلة التى وجهتها فى محاولتها الوصول إلى فهم أكمل .

ج : إذاً ، إذا كنت قد فهمتك على الوجه الصحيح ، أنت تقول أن نوبات هلعى تشبه تماماً الخوف الذى عانيته عندما وجدنا لصاً فى منزلنا . ولكن لا يبدو لى أن الأمرين متشابهين على الإطلاق .

م : نعم ، هاتين الحالتين الانفعاليتين – نوبة الهلع غير المتوقع والخوف عندما واجهتى هذا اللص متشابهتين جوهرياً – وعلى الرغم من ذلك ففى حالة اللص ، إلى أى شيىء ركزتى انتباهك ، على اللص أم على الطريقة التى كنت تشعرين بها ؟

ج : على اللص بالطبع ، على الرغم من ملاحظتى أن ضربات قلبى تتسارع بمعدل ميل فى الدقيقة .

م : وعندما تتعرضين لنوبة هلع إلى أى شىء تركزين انتباهك ، على الناس من حولك ، أم على الطريقة التى تشعرين بها ؟

ج : حسناً ، غالباً على الطريقة التى أشعر بها ، على الرغم من أن ذلك يعتمد على المكان الذى أكون فيه فى ذلك الوقت .

م : حسناً ، والآن فإن كونك منشغلة بما يدور داخلك يجعلك تتجهين إلى نمط مختلف من الخبرات عن خبرة القلق من اللص ، وعلى الرغم من ذلك ، فإن الاستجابات الفسيولوجية نفسها تحدث . مثال ذلك تذكرى وصفنا للطريقة التى تؤدى بها إحساسات الخوف إلى تكثيف الإحساسات .

ج : ولكن ماذا عن مشاعر عدم الواقعية ؟ كيف يمكن أن تكون خاصية حمائية، أو كيف يمكن لمشاعر عدم الواقعية أن تساعدنى على التعامل مع موقف خطير ؟

م : حسناً ، تذكرى أن الأحداث الفسيولوجية هى الحمائية ، وأن الإحساسات هى النتيجة النهائية لهذه الأحداث ، والآن فإن مشاعر عدم الواقعية يمكن أن تنتج عن التغيرات فى تدفق الدم إلى مخك ، وعلى الرغم من أنها ليست أمراً خطيراً أو ناتجة عن الإفراط فى التنفس أو نتيجة للتركز بقدر مكثف على ما يدور فى داخلك ، فقد لا تكون هذه الإحساسات حمائية غير أن التغيرات فى تدفق الدم والإفراط فى التنفس ، هما اللذان يكونان حمائيين .

ج : أنا أفهم كيف أننى أُحدث نوبة هلع من خلال خوفى من مشاعرى الجسمية، مثل : تسارع ضربات قلبى ، أو شعورى بعدم الواقعية ، غير أن الأمر قد يحدث بسرعة بحيث لا يكون لدى وقت للتفكير .

م : نعم قد تحدث ردود الفعل هذه بسرعة شديدة ، وبشكل تلقائى فى بعض الأحيان ، ولكن تذكرى أننا معتادين على ردود فعل فورية للأشياء بما فى ذلك أجسامنا – التى نعتقد أنها تعنى خطراً . تصورى أنك تسيرين فى غابة، ولنفترض أنك بعد نصف ساعة من المشى الهوينا ، قيل لك إن أسداً قد شوهد فى الجوار . والآن سيتحول تفكيرك بصورة درامية إلى أى شىء يوحى باحتمال حدوث هجوم من الأسد ، مثل : حفيف الأغصان أو ضوضاء بين الأشجار ، وعندما تكون الضوضاء مباشرة أو عند حفيف الأغصان سيكون رد فعلك سريعاً بصورة غير معتادة . حسناً الشىء نفسه يحدث فى حالة الهلع . ولكنها الإحساسات الجسمية فى هذه الحالة هى ما يصدر الإشارات وليس الأغصان أو الضوضاء فى الغابة . والآن فإن الاعتقاد بأنك ستفقدين الصله بالواقع بصورة دائمة هو الخطر ، وليس الأسد.

والواجب المنزلى لهذه الجلسة هو استمرار تطوير إطار مفهومى ، ووعى ذاتى موضوعى مقابل الوعى الذاتى غير الموضوعى . ويتحقق ذلك من خلال المراقبة الذاتية للهلع ، مع تذكر المبادىء التى نوقشت تواً ، وقراءة المطبوعة .

بينما يصعب للغاية تقديم تعريف واقعي للقلق ، يغطي كل الجوانب (ومن المؤكد أن كل الكتب كتبت حول هذا الموضوع) ، فإن كل فرد يعرف المشاعر التي تطلق عليها اسم القلق ، ولا يوجد شخص لم يعان من درجة ما من القلق ، سواء شعوره بالقلق عند دخوله فصل مدرسي قبل أداء اختبار مباشرة ، أو شعور الشخص أثناء سيره في منتصف الليل عند سماعه لصوت غريب بالقرب منه . وعلى الرغم من ذلك ، فإن ما يعرف بدرجة أقل هو الإحساسات ، مثل الدوار الحاد ، وعدم وضوح الرؤية ، وغشاوه العينين ، والخدر والوخز ، والعضلات المتخشبة التي تكاد أن تكون مشلولة ، كما يمكن أن يوجد شعور بعدم القدرة على التنفس الذي يصل لدرجة الاختناق معبراً عن قدر من القلق . وعندما تحدث مثل هذه الإحساسات ، ولا يفهم الناس لماذا تحدث يمكن أن يتزايد قلقهم إلى مستويات من الهلع ، طالما يتخيلون أنهم لابد أن يكونوا مرضى بمرض ما .

والقلق استجابة للخطر أو التهديد ، ويصاغ القلق الفوري الذي يمتد لفترة قصيرة علمياً بتعبيرات استجابة الكر والفر ، وهو يسمى كذلك لأن كل تأثيراته تهدف إما إلى مواجهة الخطر ، أو إلى الهرب منه . وبالتالي فإن الغرض الأولي للقلق هو حماية الكائن الحي . وعندما كان أسلافنا يعيشون في الكهوف ، كان من الحيوي أن يستجيبوا باستجابة تلقائية للقيام بعمل فوري عندما يتهددهم خطر ما (الهجوم أو الهرب) . وحتى في عالم اليوم المحموم ، ما زالت هذه الآلية ضرورية . عليك مجرد أن تتخيل إذا كنت تعبر طريقا ، بينما سيارة تندفع نحوك مطلقة بوقها . فإذا لم تكن تعاني خبرة القلق إطلاقاً فستقتل .

والاحتمال الأكبر ، على الرغم من ذلك ، أن استجابة الكر والفر ستعمل ، وتجعلك تجري بعيداً عن الطريق لتأمن السيارة . والمعنى وراء هذه القصة بسيط – الهدف من القلق هو حماية الكائن الحي – وليس إيذاءه . وسيكون مما يدعو للسخرية تماماً بالنسبة للطبيعة أن تخلق فينا آلية هدفها

يتبع ←

شكل (٤ – ١) مطبوعة تصف فسيولوجية وخصائص الخوف والقلق النفسية (الجلسة الأولى) .

حماية الكائن الحى ، وتقوم بإيذائه فى أدائها لذلك . وأفضل طريقة للتفكير فى نُظم استجابة الكر والفر (القلق) ، هو أن نتذكر أنها تهدف جميعها جعل الكائن الحى معداً للتصرف الفورى ، وأن غرضها هو حمايته .

وعند إدراك أو توقع نوع ما من الخطر ، يرسل المخ إشارات لقسم من الأعصاب يسمى الجهاز العصبى المستقل (١) . وللجهاز العصبى المستقل قسمان فرعيان ، يسميان : الجهاز العصبى السمبتاوى (٢) والجهاز العصبى الباراسمبتاوى (٣) . وهذان القسمان من أقسام الجهاز العصبى هما الضالعان بشكل مباشر فى التحكم فى مستويات الطاقة الجسمية والإعداد للفعل . ولنضع الأمر بالشكل البسيط الآتى :

الجهاز العصبى السمبتاوى هو جهاز الكر والفر ، الذى يطلق الطاقة ، ويضع الجسم فى وضع الانطلاق ، بينما الجهاز البارسمبتاوى جهاز تجديدى أو تعويضى ، يعيد الجسم إلى حالته السوية .

واحدى النقاط المهمة هى أن الجهاز العصبى السمبتاوى يميل لأن يكون نشطاً أو خامداً تماما ، بمعنى أنه عندما ينشط تستجيب كل أجزاءه، وبمعنى آخر إما معاناة كل الأعراض ، أو عدم معاناة أى عرض ومن الصعب حدوث تغيرات فى جزء واحد فقط منفرد من الجسم ، وقد يفسر ذلك لماذا تتضمن أغلب النوبات الهلعية أعراضاً متعددة ، وليس مجرد عرض واحد أو اثنين .

وأحد الآثار الرئيسية للجهاز العصبى السمبتاوى ، هى إطلاقه مادتين كيميائيتين تسميان الأدرينالين (٤) والنور أدرينالين (٥) من الغدة الكظرية (٦) فى الكليتين ، وتستخدم هاتان المادتان الكيميائيتان بدورهما بمثابة رسائل من الجهاز العصبى السمبتاوى للاستمرار فى النشاط . ولهذا فما أن يبدأ النشاط

يتبع ←

(1) Autonomic nervous system .
(2) Sympathetic nervous system .
(3) Parasympathetic nervous system .
(4) Adrenalin .
(5) Noradrenalin .
(6) Adrenal gland .

فى الجهاز العصبى السمبتاوى ، حتى يستمر غالباً ويتزايد لبعض الوقت ، وعلى الرغم من أنه من المهم للغاية ملاحظة أن نشاط الجهاز العصبى السمبتاوى يتوقف بإحدى طريقتين : الأولى ، هى أن الرسائل الكيميائية - الأدرينالين والنور أدرينالين - يدمران بواسطة مواد كيميائية أخرى فى الجسم، والثانية هى أن الجهاز العصبى الباراسمبتاوى (والذى يقوم بصفة عامة بتأثير عكسى لتأثير الجهاز العصبى السمبتاوى) يصبح نشطاً ويستعيد المشاعر المسترخية .

ومن المهم للغاية إدراك أن الجسم سيحصل بعد ذلك على كفايته من استجابات الكر والفر ، بعدها ينشط الجهاز الباراسمبتاوى لإستعادة حالة الشعور بالاسترخاء .

بعبارة أخرى ، إن القلق لا يمكن أن يستمر إلى الأبد ، أو يصبح دوامة متزايدة باستمرار إلى مستويات يمكن أن تصبح مدمرة . والجهاز العصبى الباراسمبتاوى جهاز حماية داخلى ، يقوم بإيقاف الجهاز العصبى السمبتاوى من التمادى بعيداً . وثمة نقطة أخرى مهمة ، وهى أن الرسائل الكيميائية - الأدرينالين والنور أدرينالين - تحتاج بعض الوقت حتى تدمر . وبالتالى فحتى بعد عبور لحظات الخطر وبعد توقف جهازك العصبى السمبتاوى عن الاستجابة ، يحتمل أن تظل تشعر بالاستثارة أو القلق لبعض الوقت ، لأن المواد الكيميائية ما زالت طليقة فى جهازك العصبى . ويجب أن تذكر نفسك أن هذا طبيعى تماماً وغير مؤذ . والحقيقة أن هذه وظيفة توافقية، ففى البرية دائماً ما كان هناك اعتياد على عودة الخطر ، ويصبح من المفيد بالنسبة للكائن الحى أن يظل مستعداً لنشاط استجابات الكر والفر .

ويؤدى النشاط فى الجهاز العصبى السمبتاوى لزيادة معدل ضربات القلب وقوة هذه الضربات ، وهو أمر حيوى للإعداد للنشاط ، طالما أنه يساعد على إسراع تدفق الدم ، وبالتالى يتحسن وصول الأوكسجين إلى الأنسجة والتخلص من المواد الزائدة فيها . ويفسر ذلك لماذا توجد معاناة نمطيّاً من تسارع ضربات القلب أثناء فترات ارتفاع القلق أو الهلع . يضاف إلى هذا النشاط المتزايد فى القلب ، التغيرات فى تدفق الدم ، واساساً يعاد توجيه الدم بعيداً عن الأماكن التى لا تحتاجه (من خلال تضييق الأوردة الدموية) مثال ذلك أن الدم يؤخذ بعيدا عن الجلد وأصابع اليدين والقدمين، وهذا مفيد لأنه فى حالة تعرض الكائن الحى للهجوم وحدث قطع فيها ،

يتبع ←

فالاحتمال ضعيف أن تنزف هذه المناطق لدرجة تؤدى إلى الموت . وبالتالى فخلال القلق يبدو الجلد شاحباً مع الإحساس ببرودة ، وكذلك برودة فى أصابع اليدين والقدمين وإحساسات بالخدر والوخز . يضاف إلى ذلك أن الدم يتحرك متجهاً إلى العضلات الكبرى ، مثل عضلات الفخذين والعضلات ذات الرأسين فى الفخذين وأعلى الذراعين ، والتى تساعد الجسم على الاستعداد للعمل .

وترتبط استجابات الكر والفر بزيادة فى سرعة وعمق التنفس ، وهذا أمر واضح الأهمية للدفاع عن الكائن الحى ، طالما أن الأنسجة تحتاج للحصول على المزيد من الأكسجين لكى تستعد للعمل . وعلى الرغم من ذلك ، فإن المشاعر الناتجة عن هذه الزيادة فى التنفس يمكن أن تتضمن انقطاعاً فى التنفس ، ومشاعر اختناق ، وربما آلاماً وضغطاً على الصدر . ومن المهم ملاحظة أن من أحد الآثار الجانبية لزيادة التنفس ، وعندما لا يحدث عمل حقيقى على وجه الخصوص ، فإن إمدادات الدم للمخ تتناقص بالفعل . وبينما قد يكون هذا التناقص بقدر قليل ، وغير خطير على الإطلاق ، إلا أنه يؤدى إلى مجموعة من الأعراض غير السارة (ولكنها غير ضارة) ، والتى تتضمن الشعور بالدوار ، وعدم وضوح الرؤية ، والارتباك ، وعدم الواقعية ، والسخونة المتدفقة .

ويؤدى تنشيط استجابات الكر والفر إلى زيادة فى العرق ، ولهذه الزيادة وظائف مهمة ، مثل : جعل الجلد زلقاً بقدر أكبر يصعب على الضوارى التمكن من إمساكه ، كما أنه يبرد الجسم لوقف زيادة سخونته ويؤدى تنشيط الجهاز العصبى السمبتاوى إلى عدد من التأثيرات الأخرى لا ضرر من أى منها ، مثال ذلك اتساع بؤبؤ العين للسماح بمزيد من الضوء ، والذى قد ينتج عنه رؤية غير واضحة ، أو ظهور نقاط أمام العين .. إلخ .

وهناك تناقص فى إفراز اللعاب ينتج عنه جفاف الحلق . وهناك انخفاض فى نشاط الجهاز الهضمى ، والذى دائماً ما يؤدى إلى إحساس بالغثيان ، وثقل فى المعدة وأحياناً إسهال . وأخيراً توتر الكثير من المجموعات العضلية للاستعداد للقتال أو الهرب ، ويؤدى ذلك إلى مشاعر ذاتية بالتوتر تمتد أحياناً ؛ لتصبح شعوراً حقيقياً بالصداع والألم ، بالإضافة إلى الارتعاد والارتجاف .

يتبع ←

وعموماً . فإن استجابة الكر والفر تؤدى إلى نشاط أيضى[1] عام ، وبالتالى ما أن يشعر المرء بالسخونة والاحتقان - وهى عمليات تستهلك قدراً كبيراً من الطاقة - حتى يشعر عموماً بالتعب والجفاف والاستنزاف .

وكما سبق الإشارة ، فإن استجابة الكر والفر تُعد الجسم للعمل سواء للهجوم أو الهرب ، وبالتالى لا يثير الدهشة أن يكون الإلحاح الغامر المرتبط بهذه الاستجابة هو العدوان والرغبة فى الهرب ، وعندما لا يكون ذلك ممكناً (نتيجة للعوائق الاجتماعية) ، فغالباً ما يعبر عن هذا الإلحاح بسلوك ، مثل : هز القدم أو الجرى أو اذدراء الناس ، وعموماً فإن المشاعر الناتجة هى ذلك الإحساس بالوقوع فى كمين والحاجة للهرب منه .

والشعور رقم واحد فى استجابة الكر والفر هو تنبيه الكائن الحى لاحتمال وجود خطر ، وبالتالى يحدث تحول فورى وتلقائى فى الانتباه للبحث فى البيئة المحيطة عن التهديد المحتمل ، ويصبح من الصعب التركيز على المهام اليومية المعتادة ، عندما يكون المرء قلقاً . وغالباً ما يشكو الناس القلقين من أنه يسهل تشتتهم عن الاهتمامات اليومية ، وأنهم لا يستطيعون التركيز ، وأن لديهم متاعب فى الذاكرة ، وأحياناً ما لا يمكن العثور على تهديد واضح . ولسوء الحظ لا يستطيع أغلب الناس قبول أنه لا يوجد لديهم تفسير لشىء ما . وبالتالى ففى كثير من الحالات ، عندما لا يستطيع الناس العثور على تفسير لإحساساتهم يحولون بحثهم إلى أنفسهم . بتعبير اخر ، إذا لم يوجد بالخارج شيىء ما يجعلنى أشعر بالقلق ، فلابد أن يكون هناك شيىء خطأ فىّ .

ويقوم المخ فى هذه الحالة بابتكار تفسير ، مثل : «لابد أننى أحتضر ، أنا فى طريقى لفقدان السيطرة على نفسى ، أو فى طريقى للجنون» . وكما رأينا الآن لا يوجد ما هو أكثر بعداً عن الحقيقة من ذلك ، طالما أن الغرض من استجابة الكر والفر هو حماية الكائن الحى وليس إيذاءه ، وعلى الرغم من ذلك ، فإن هذه الأفكار تبدو مفهومة .

يتبع ←

(1) Metabolic .

فحصنا حتى الآن خصائص ومكونات القلق العام أو استجابة الكر والفر ، وعلى الرغم من ذلك قد يثير دهشتك كيف يمكن تطبيق كل ذلك على النوبات الهلعية ، وفوق ذلك لماذا تنشط استجابة الكر والفر خلال نوبات الهلع ، طالما لا يوجد بوضوح ما يُخشى منه ؟ .

وفقاً للبحوث الشاملة ، يبدو أن الناس الذين يعانون من نوبات الهلع يخافون (مما يسبب الهلع) من الإحساسات الجسمية الحقيقية لاستجابات الكر والفر ، وبالتالى يمكن النظر إلى النوبات الهلعية بوصفها مجموعة من الأعراض الجسمية غير المتوقعة واستجابة لها بالهلع أو الخوف من هذه الأعراض . ويسهل فهم الجزء الثانى من هذا النموذج .

ووفقاً لمناقشتنا المبكرة ، فإن استجابة الكر والفر (التى تكون الأعراض الجسمية جزءاً منها) تؤدى إلى سعى المخ للبحث عن مصدر للخطر ، وعندما لا يجد المخ أى خطر واضح ، فإنه يحول بحثه إلى الداخل ويخترع خطراً ، مثل : «أنا أحتضر ، أفقد تحكمى فى نفسى .. إلخ. وطالما أن مثل هذه التفسيرات للأعراض الجسمية مخيفة للغاية ، فمن المفهوم أن ينتج عنها خوف وهلع . وبالمثل يقوم الخوف والهلع بإنتاج المزيد من الأعراض الجسمية ، يلى ذلك حدوث دورة من الأعراض : خوف ، أعراض ، خوف وهكذا . ويصعب فهم الجزء الأول من النموذج . لماذا تعانى من خبرة الأعراض الجسمية لاستجابة الكر والفر بما يجعلها تبدأ إذا لم تكن خائفاً ؟ هناك عديد من الطرق التى تحدث بها هذه الأعراض ، وليس من مجرد الإحساس بالخوف . مثال ذلك قد تحدث لأنك متوتر فى حياتك بصفة عامة ، ويؤدى هذا التوتر إلى زيادة إنتاج الأدرينالين والمواد الكيميائية الأخرى ، والتى تحدث هذه الأعراض بين وقت وآخر .

ويمكن افتراض أن هذه الزيادة فى الأدرينالين تظل كيميائياً فى الجسم حتى بعد نهاية التوتر بوقت طويل . احتمال أخر هو أنك تميل للتنفس بقدر أسرع إلى حد ما (إفراط دقيق فى التنفس) ؛ نتيجة لعاداتك ويؤدى ذلك أيضاً إلى الأعراض ، ولأن الإفراط فى التنفس ضئيل للغاية ، فيمكنك بسهولة أن تعتاد على هذا المستوى من التنفس دون أن تلاحظ أنك تفرط فى التنفس . احتمال ثالث ، هو أنك تعانى من تغيرات سوية فى

يتبع ←

جسمك (يعانى منها كل شخص ، ولكن أغلبنا لا يلاحظها) ولأنك دائماً ما تراقب جسمك ، وتقوم بالمراجعة ، فإنك تلاحظ هذه الإحساسات أكثر مما يفعل أغلب الناس . بالإضافة إلى هذين السببين اللذين وصفناهما الآن لاختبار الاعراض الجسمية (أى التوتر والإفراط فى التنفس) ، فإنك قد تكون واعياً لهذه الأعراض الجسمية كنتيجة لعملية ، يطلق عليها أسم التشريط الباطنى[1] . وطالما ارتبطت الإحساسات الجسمية بصدمة الهلع ، فقد أصبح لها معنى دلالى على التهديد والخطر بالنسبة لك (أى أنها أصبحت منبهات شرطية) . ويحتمل نتيجة لهذا أن تصبح شديد الحساسية لهذه الأعراض ، وتستجيب لها بخوف لسبب بسيط هو خبرة الهلع السابقة التى ارتبطت بها.

ونتيجة لهذا النوع من الارتباط الشرطى ، يمكن أن تؤدى بك الأعراض الناتجة عن النشاط المعتاد لأن تصبح هلعاً . مثال ذلك أن مشاعر انقطاع التنفس والعرق التى تنتج عن التمرينات الرياضية ، والعصبية الناتجة عن تعاطى القهوة ، أو الحرارة الناتجة عن الزحام الشديد فى المتاجر ، قد تؤدى جميعها إلى الشعور الهلعى .

وحتى إذا كنا غير متأكدين لماذا يعانى الفرد من الأعراض الأولى ، إلا أننا على ثقة أنها جزء من استجابة الكر والفر ، وأنها بالتالى غير مؤذية .

يتضح إذاً ، أنك ما أن تعتقد (بنسبة ١٠٠ ٪) أن الإحساسات الجسمية ليست خطيرة ، فإن الخوف والهلع لن يحدثان بعد ذلك على الإطلاق ، وأنك لن تعانى بعد الآن من نوبات هلعية .

بالطبع ، طالما سبق أن تعرضت لعدد من النوبات ، وأخطأت فى تفسير الأعراض عدة مرات ، فقد أصبحت أخطاء التفسير هذه تلقائية لديك، وأصبح من الصعوبة للغاية أن تقنع نفسك بصورة واعية أثناء حدوث النوبة أن الأعراض غير مؤذية .

باختصار ، يُعرف القلق علميّاً باعتباره استجابة كر وفر طالما أن الغرض الأولى منه هو تنشيط الكائن الحى وحمايته من الأذى ويرتبط بهذه

يتبع ←

(1) Interoceptive Conditioning .

الاستجابة عدد من التغيرات الجسمية والسلوكية والعقلية ، وبعد أن ينتهى الخطر ، قد يستمر عديد من التغيرات (الجسمية منها على وجه الخصوص) وتُتذكر بمفردها نتيجة للتعلم وللتغيرات الجسمية الأخرى بعيدة المدى . وعندما تحدث الأعراض الجسمية فى غيبة تفسير واضح ، فغالباً ما يسىء الناس تفسير الأعراض السوية للكر والفر باعتبارها مؤشرات على مشكلة جسمية أو عقلية خطيرة . وتصبح الإحساسات نفسها فى هذه الحالة مهددة، ويمكن أن تعجل استجابة الكر والفر مرة أخرى . ويعتقد كثير من الناس ، عندما يشعرون بخبرة الأعراض الجسمية لاستجابات الكر والفر انهم «فى طريقهم للجنون» ، وهم يشيرون بذلك فى الغالب لاضطراب عقلى خطير ، يعرف بأسم الفصام .

دعنا نفحص الفصام لنرى احتمال ذلك . الفصام اضطراب رئيسى ، يتسم بأعراض خطيرة مثل تفكك الأفكار والحديث ، يصل أحياناً لمستوى الخلط ، وهذاءات أو معتقدات غريبة (مثال ذلك تلقى رسائل من الفضاء الخارجى) ، وهلاوس (مثال ذلك أن هناك أصواتاً فى رأس الشخص) ويبدو الفصام ، علاوة على ذلك ، اضطراب له أساس وراثى كبير ، وهو يوجد بقوة فى عائلات معينة .

ويبدأ الفصام عموماً بشكل تدريجى ، وليس فجأة (كما يحدث فى نوبة الهلع) ، وبالإضافة إلى وجوده فى عائلات معينة ، فإن نسبة محدودة من الناس هم من يصبحون فصاميين ، وبالنسبة لبقية الناس لن يؤدى أى قدر من التوتر لهذا الاضطراب . نقطة ثالثة مهمة هى أن الأشخاص الذين يصبحون فصامين ، عادة ما يكشفون عن أعراض خفيفة فى أغلب حياتهم (أى تفكير عادى وحديث متسق) .

وبالتالى إذا لم تكن قد لا حظت شيئاً من ذلك لديك ، إذاً فالاحتمال أنك لم تصبح فصامياً . وهذا صحيح بالنسبة لك على وجه الخصوص بعد الخامسة والعشرين من العمر ، حيث يظهر الفصام عادة لأول مرة فى المراهقة المتأخرة حتى أوائل العشرينيات . وأخيراً ، إذا جلست فى مقابلة شخصية مع أخصائى نفسى إكلينيكى أو طبيب نفسى ، عليك أن

يتبع ←

تكون على ثقة تامة أنه سيعرف جيداً إذا ما كنت ستصبح فصاميا أم لا .

ويعتقد بعض الناس أنهم فى طريقهم لفقدان التحكم فى أنفسهم أثناء نوبة الهلع ، وبافتراض أن ذلك يعنى أنهم إما سيصبحون مشلولين تماماً ، أو غير قادرين على الحركة ، أو أنهم لن يعرفوا ما الذى يفعلونه وقد يؤدى إلى قتل من حولهم ، أو صراخهم بأقوال فاحشة أو إحراجهم لأنفسهم، فالبديل الآخر هو أنهم قد لا يعرفون ما الذى يتوقعونه ، ولكنهم قد يعانون من مشاعر غامرة «لنهاية محتومة» .

نحن نعرف الآن من مناقشتنا المبكرة ، من أين تأتى هذه الأفكار ، فأثناء القلق يكون الجسم كله معداً للعمل ، وهناك رغبة جامحة فى الهرب. وعلى الرغم من ذلك ، فإن استجابة الكر والفر لا تهدف إيذاء الآخرين (الذين لا يمثلون تهديداً) ، وأنها لن تؤدى إلى الشلل ، كما أن الاستجابة الشاملة تهدف ببساطة إبعاد الكائن الحى . بالإضافة إلى ذلك ، لا توجد أى تقارير عن شخص أصبح متوحشاً أثناء نوبة هلع . وعلى الرغم من أن استجابة الكر والفر تجعلك تشعر بالأمور مختلطة بشكل ما ، وبعدم الواقعية، والتشتت ، فإنك مازلت قادراً على التفكير والتصرف بشكل سوى . فكر ببساطة كيف أن الآخرين كثيراً ما لا يلاحظون أن لديك نوبة هلع . ويخشى كثير من الناس مما يمكن أن يحدث لهم نتيجة لأعراضهم ، ربما لأن بعضهم يعتقد أن أعصابهم يمكن أن تتعب ، وأنهم قد ينهارون .

ووفقاً لمناقشتنا السابقة ، فإن استجابة الكر والفر تنتج أساساً من خلال النشاط فى الجهاز العصبى السمبتاوى ، والذى يوازنه نشاط الجهاز العصبى الباراسبمبتاوى ، وجوهر وظيفة الجهاز العصبى الباراسمبتاوى هى الحماية من احتمال تعرض الجهاز العصبى السمبتاوى للتلف . فالأعصاب ليست مثل أسلاك الكهرباء ، والقلق لا يمكن أن يُخمد أو يتلف أو يستهلك الأعصاب ، وأسوأ ما يمكن أن يحدث على الإطلاق خلال نوبة هلع ، هو فقدان الفرد للوعى عندما يتوقف نشاط الجهاز العصبى السمبتاوى، ويستعيد الشخص وعيه خلال ثوان قليلة .

يتبع ←

وعلى الرغم من ذلك ، فإن فقدان الوعى الحقيقى نتيجة لاستجابة الكر والفر نادر تماماً ، وإذا ما حدث فإنه يكون بمثابة طريقة توافقية لمنع نشاط الجهاز العصبى السمبتاوى من الخروج عن السيطرة .

ويخطىء كثير من الناس فى تفسير أعراض استجابة الكر والفر ، ويعتقدون أنهم سيموتون بالقطع بأزمة قلبية . وغالباً ما يكون ذلك لأن عديداً من الناس لا توجد لديهم المعلومات الكافية عن النوبات القلبية .

فلنلق نظرة على أمراض القلب ، لنرى كيف تختلف عن نوبات الهلع .

الأعراض الأساسية للنوبة القلبية هى الشعور بالاختناق ، وآلام الصدر، بالإضافة إلى خفقان فى القلب ، وإغماء أحياناً . وترتبط أعراض أمراض القلب مباشرة بالمجهود ، بمعنى أنه بقدر مشقة المجهود بقدر سوء الأعراض ، وبقدر قلة المجهود بقدر التحسن ، وعادة ما تنتهى الأعراض ببساطة وسرعة مع الراحة . ويختلف ذلك تماماً عن الأعراض المرتبطة بنوبة الهلع ، التى عادة ما تحدث أثناء الراحة ، ويبدو أنها لا تتعلق بشىء آخر . ومن المؤكد أن أعراض الهلع يمكن أن تحدث أثناء المجهود أو يمكن أن تصبح أسوأ أثناء المجهود ، إلا أنها مختلفة عن أعراض النوبة القلبية ، طالما أنها يمكن أن تحدث غالباً بالقدر نفسه أثناء الراحة .

والأمر الأكثر أهمية هو أن أمراض القلب تؤدى فى الأغلب الأعم - إلى تغيرات كهربائية أساسية فى القلب ، تتزايد إلى أقصاها حسبما يظهرها رسام القلب الكهربائى .

أما فى نوبات الهلع ، فإن التغيرات الوحيدة فى رسام القلب هى زيادة طفيفة فى معدل ضربات القلب .

وبالتالى فإذا كنت قد أجريت رسماً للقلب ، وطمأنك الطبيب أن كل شىء على ما يرام ، فيمكنك أن تفترض بكل أمانة أنك غير مصاب بأمراض فى القلب ، وإذا كانت أعراضك تحدث أيضاً فى أى وقت وليس نتيجة للمجهود ، فهذا بمثابة دليل إضافى ضد النوبة القلبية .

الجلسة الثالثة

الهدف الأولى من الجلسة الثالثة هو بدء التحكم فى التنفس ، ويطلب من العملاء التنفس تلقائياً ، والتوقف والتنفس بسرعة وعمق ، كما لو كانوا ينفخون بالوناً لمدة نصف دقيقة . وغالباً ما يستطيع العملاء من خلال تنبيه وتشجيع المعالج إكمال نصف الدقيقة بالكامل ، ويطلب منهم بعدها الجلوس ، وأن يغلقوا عيونهم ويتنفسون ببطء شديد ، مع التوقف بعد كل نفس إلى أن تزول الأعراض . وتناقش هذه الخبرة بعد ذلك من حيث درجة ما تؤدى إليه من أعراض مشابهة ، لتلك التى تظهر بصورة طبيعية أثناء القلق أو الهلع .

ويقرر ما بين ٥٠٪ إلى ٦٠٪ تشابهاً لها مع الأعراض ، على الرغم من أن التشابه مع أعراض القلق غالباً ما يكون مربكاً . طالما أن هذا التمرين يتم فى بيئة آمنة ، وللأعراض سبب واضح ، فإن أغلب العملاء يقدرون هذه الخبرة باعتبارها أقل إثارة للقلق ، مقارنة بالأعراض نفسها التى تظهر بشكل طبيعى . وهذا التمييز مهم ، طالما أنه يبين دلالة إدراك الأمان فى درجة القلق التى تعانى. وقد قدرت جين الإفراط فى التنفس على أنك مثير شديد للقلق (٦ نقاط على مقياس من صفر إلى ٨) ، وقدرت تشابهاً تاماً للأعراض مع الهلع (٥ر٥ نقطة على مقياس من صفر إلى ٨) ، وقد أنهت مهمة التنفس بعد حوالى ٤٠ ثانية ، متوقعة معاناتها لنوبة هلع كاملة . وقد نوقشت هذه الخبرة بمفاهيم نظام الاستجابات الثلاثى ، ودور سوء التقييم والتشريط الباطنى الذى وصف فى القسم رقم ٢ .

المرحلة الثانية من التدريب على التنفس عبارة عن تعليم للأسس الفسيولوجية للإفراط فى التنفس ، وكما سبق الإشارة فإن هذا العرض التعليمى هو تهدئة أو تسكين لسوء تفسير أخطار الإفراط فى التنفس ، ولتوفير أساس معلوماتى حول ما يمكن استخلاصه عندما تفند التفسيرات الخاطئة بصورة فعالة ، والمحتوى التعليمى معروض فى شكل (٥ – ١) فى صورة ملحق ، على الرغم من أنه يتعين تفصيله ، وفق المستويات اللغوية المناسبة للعميل .

شكل (٥ – ١) مطبوعة تصنف فسيولوجية الإفراط فى التنفس (الجلسة الثالثة) .

يحتاج الجسم إلى الأوكسجين لمواصلة الحياة ، وعندما يتنفس الشخص يصل الأوكسجين إلى الرئتين ، وحيث يتم خلطه بالهيموجلوبين (وهى المادة الكيميائية اللزجة للأوكسجين فى الدم) ، ويحمل الهيموجلوبين الأوكسجين لبقية أجزاء الجسم ؛ وحيث تستخدمه خلايا الجسم لتوليد الطاقة ، وينتج عن ذلك ثانى أوكسيد الكربون ، والذى ينطلق بدوره عائداً إلى الدم ليحمله إلى الرئتين ليخرج فى صورة زفير .

ويعتمد التحكم الكفء فى توليد الطاقة على استمرار حدوث توازن معين بين الأوكسجين وثانى أوكسيد الكربون ، ويتواصل هذا التوازن من خلال معدل ملائم وعميق للتنفس .

ومن الواضح أن التنفس الزائد يؤدى إلى زيادة مستوى الأوكسجين (فى الدم فقط) ، وخفض مستوى ثانى أوكسيد الكربون . بينما يؤدى الإقلال من التنفس إلى نقص مستويات الأوكسجين ، وزيادة مستويات ثانى أوكسيد الكربون . والمعدل الملائم للتنفس خلال الراحة يدور عادة حول ١٠ – ١٤ مرة من مرات التنفس فى الدقيقة .

ويعرف الإفراط فى التنفس باعتباره معدلاً وعمقاً فى التنفس أكثر كثيراً من احتياجات الجسم فى لحظة معينة . ومن الطبيعى عند زيادة الحاجة لكل من الأوكسجين ، واستخلاص ثانى أوكسيد الكربون (مثلما يحدث أثناء ممارسة الرياضة) أن يزيد التنفس بقدر ملائم . وفى المقابل يتعين تناقص التنفس بقدر ملائم ، إذا تناقصت الحاجة لكل من الأوكسجين واستخلاص ثانى أوكسيد الكربون (أثناء فترات الاسترخاء مثلاً) .

وبينما تكون أغلب أجهزة الجسم محكومة بواسطة مواد كيميائية مستقلة ووسائل فيزيقية (وعملية التنفس ليست استثناءً من ذلك) ، إلا أن للتنفس خاصية إضافية من حيث قبوله للتحكم الإرادى . مثال ذلك أنه من السهل علينا أن نكتم أنفاسنا (عندما نسبح تحت الماء) ، أو نسرع فى تنفسنا (عندما نقوم بنفخ بالون) . وبالتالى فإن عدداً من العوامل غير المستقلة مثل الانفعالات والتوتر أو العادة يمكن أن تجعلنا نزيد من تنفسنا ، وقد تكون هذه العوامل مهمة على وجه الخصوص لدى الأشخاص ، الذين يعانون من

نوبات الهلع ، مؤدية بهم إلى ميل لزيادة التنفس .

ومن المثير للشغف أنه بينما يعتبر أغلبنا أن الأوكسجين هو العامل المحدد أو الجوهرى فى تنفسنا ، إلا أن الجسم يستخدم ثانى أوكسيد الكربون بالفعل بوصفه «المؤشر» على التنفس السليم . وإذاً فأكثر التأثيرات المهمة للإفراط فى التنفس هى إطلاق قدر ملحوظ من ثانى أوكسيد الكربون ، وهو ما يؤدى بدوره إلى نقص الأحماض فى الدم ، مؤدياً إلى ما يعرف باسم الدم القلوى(١) . وهذان التأثيران النقص فى ثانى أوكسيد الكربون بالدم وزيادة قلوية الدم هما المسئولان عن أغلب التغيرات الجسمية ، التى تحدث أثناء الأفراط فى التنفس .

وأحد أهم التغييرات الناتجة عن الأفراط فى التنفس هى تقلص أو ضيق أوردة دموية معينة فى الجسم ، ويتناقص الدم المتجه إلى المخ على وجه الخصوص ، ويصاحب هذا الضيق فى الأوردة حقيقة أن الهيموجلوبين يزيد من كثافته للأوكسجين ، وبالتالى لا يصل فقط إلا القليل من الدم لمناطق معينة من الجسم . إلا أن كمية الأوكسجين التى يحملها الدم تميل للإنطلاق إلى الأنسجة . والأمر الذى يبدو متناقضاً عندئذ هو أنه بينما يعنى الإفراط فى التنفس زيادة فى كمية الأوكسجين، إ لا أ ن قدراً أقل من الاوكسجين هو الذى يصل إلى مناطق معينة فى المخ والجسم ، وينتج هذا التأثير فئتين عريضتين من الأعراض :

١ - مركزيّاً ، تنتج بعض الأعراض عن الانخفاض الضئيل للأوكسجين فى أجزاء معينة من المخ (من ذلك الشعور بالدوار(٢) والخلط(٣) ، وانقطاع النفس وغشاوة الرؤية ، والشعور بعدم الواقعية) .

٢ - طرفيّاً ، تحدث بعض الأعراض نتيجة الانخفاض الضئيل للأوكسجين فى أجزاء معينة من الجسم (تتضمن زيادة خفقان القلب ، بهدف ضخ مزيد من الدم ، خدر ، ووخز فى الأطراف وبرودة اليدين ، وأحياناً عدم ليونة فى العضلات) . ومن المهم تذكر أن الانخفاض فى

(1) Alkline blood .

(2) Lighteadedness .

(3) Confusion .

الأوكسجين ضئيل وغير ضار على الإطلاق ، ومن المهم أيضاً ملاحظة أن الإفراط في التنفس (والذى يحدث غالباً خلال نقص الأوكسجين فى أجزاء معينة من المخ) ، يمكن أن يؤدى إلى شعور بانقطاع النفس يصل أحياناً إلى شعور بالصدمة أو الأختناق ، ولهذا يشعر المرء حقيقة كما لو كان لا يحصل على كفايته من الهواء .

والإفراط فى التنفس مسئول أيضاً عن عدد من التأثيرات العامة ، فأولاً أن عملية الزيادة فى التنفس عبارة عن ممارسة بدنية صعبة طالما يمكن أن يشعر الفرد من خلالها بالسخونة والاحتقان والتعرق ، وثانياً لأن زيادة التنفس عمل صعب ، فتؤدى الفترات المتواصلة له إلى التعب والإنهاك ، وثالثاً : عادة ما يميل أولئك الذين يفرطون فى تنفسهم إلى التنفس من صدورهم ، بدلاً من التنفس من الحجاب الحاجز(١) ، ويعنى هذا أن عضلات صدورهم تصبح تعبة ومتوترة ، وبالتالى قد يعانون أعراض انقباض الصدر ، وربما آلام الصدر . وأخيراً فإن كثيراً من الناس - ممن يفرطون فى التنفس - يميلون للانخراط فى عادة التنهد المتكرر أو التثاؤب . وهذه اللازمات ما هى فى الواقع إلا أشكال للإفراط فى التنفس ، طالما ان الشخص يتخلص خلالها بسرعة من كمية كبيرة من ثانى أوكسيد الكربون عند تنهده أو تثاؤبه ، وبالتالى يتعين عند مواجهة هذه المشكلة أن تصبح واعيا بالتنهد والتثاؤب المعتاد ، وأن تحاول قمع هذه العادات .

ويتعين الإشارة إلى نقطة مهمة ، تتعلق بالإفراط فى التنفس هى أن هذا الإفراط غير واضح بالضرورة للملاحظ . وكثير من حالات الإفراط فى التنفس تكون ضئيلة للغاية . وهذا صحيح على وجه الخصوص إذا ما كان الفرد يفرط فى التنفس بقدر ضئيل لفترة طويلة ، وسيكون هناك قدر ملحوظ فى هذه الحالة من ثانى أوكسيد الكربون المطرود ، ولكن نتيجة للتعويض الذى يقوم به الجسم ، يوجد قدر قليل نسبياً من التغير فى مستوى القلوية ، وبالتالى لن تحدث الأعراض . وعلى الرغم من ذلك ، ونتيجة للاحتفاظ بمستوى ثانى أوكسيد الكربون منخفضاً ، فإن الجسم يفقد القدرة على التغلب على التغيرات فى ثانى أوكسيد الكربون . ولهذا وعلى الرغم من التغيرات الضئيلة فى التنفس (من خلال التثاؤب) ، فإنها يمكن أن تكون

(1) Diaphragm .

كافية للتنبيه المفاجىء للأعراض . وقد يكون ذلك مسئولاً عن الطبيعة المفاجئة فى عديد من نوبات الهلع ، التى تحدث غالباً أثناء النوم ، وهى أحد أسباب ما يذكره كثيرون ممن يعانون من الهلع أثناء النوم «لا أشعر أننى أفرط فى التنفس» .

ويحتمل أن تكون أكثر النقاط أهمية مما يتعين ذكره فيما يتعلق بالإفراط فى التنفس هى أنه غير خطير ، والإفراط فى التنفس جزء متكامل من استجابة الكر والفر ، وبالتالى فالغرض منه حماية الجسم من الخطر ، وليس أن يصبح خطراً . والتغيرات المصاحبة للأفراط فى التنفس هى التى تعد الجسم للاستجابة بالهرب من الأذى المحتمل . وبالتالى فهو استجابة تلقائية من المخ لتوقع الخطر ، وليشعر الفرد بإلحاح الحاجة للهرب . وبالتالى فمن المفهوم تماماً أنه إذا لم يكن هناك خطر واضح ، فإن من يعتقد فى وجوده يعانى من الهلع ، ولابد أن يعتقد أن الخطر داخلى . وعلى الرغم من ذلك، فإن الأمر ليس كذلك ، ومن المهم أن نتذكر أنه بقدر بعد الإفراط فى التنفس عن التسبب فى الأذى ، فإنه جزء من الاستجابة البيولوجية الطبيعية، التى تهدف حماية الجسم من الأذى .

الخطوة التالية هى تعليم التحكم فى التنفس ، والذى يبدأ بالاعتماد بقدر أكبر على الحجاب الحاجز بدلاً من عضلات الصدر . ويطلب من العملاء بالإضافة إلى ذلك - تركيز انتباههم على تنفسهم من خلال قيامهم بعد مرات شهيقهم ، والتفكير فى كلمة أسترخاءً أثناء الزفير (وقد قدم التنفس البطىء فى القسم التالى) ، ويقوم المعالج بتقديم نموذج لأنماط التنفس المقترحة ، ثم يصحح أداء العملاء أثناء تمريناتهم على التنفس فى العيادة .

والتحكم فى التنفس مهارة تتطلب قدراً مهماً من التمرين قبل استخدامه بنجاح للتحكم فى نوبات القلق المرتفع أو الهلع . يضاف إلى ذلك أن ردود فعل العملاء الأولية للتمرين قد تكون سلبية بالنسبة لمن يخافون منهم من إحساسات التنفس (طالما أن التمرين يستلزم تركيز الأنتباه على التنفس) . أو أولئك العملاء المزمنين فى إفراطهم فى التنفس ، والذين تؤدى مقاطعة أنماط تنفسهم المعتادة

---

(1) Interoceptive exposure .

أساسا إلى زيادة أعراض إفراطهم فى التنفس . وفى كلتا الحالتين ينصح بمواصلة التمرين ، مع إعادة تأكيد أن الإحساسات مثل انقطاع النفس ليست مؤذية .

وأخيراً يتعين تأكيد تكامل أساليب التحكم فى التنفس والاستراتيجيات المعرفية . وينظر بعض العملاء خطأً إلى التحكم فى التنفس على أنه طريقة تخليص أنفسهم من الأعراض المرعبة ، وبالتالى يقعون فى فخ توقع مترتبات رهيبة إذا لم ينجحوا فى تغيير طريقة تنفسهم . ويستلزم الواجب المنزلى لهذه الجلسة الاستمرار فى المراقبة الذاتية ، وممارسة التنفس من الحجاب الحاجز مرتين على الأقل فى اليوم ، لمدة ١٠ دقائق فى كل مرة .

الجلسة الرابعة

أهداف هذه الجلسة تطوير التحكم فى التنفس ، والبدء فى إعادة تنظيم معرفية نشطة ، وتراجع تمرينات التحكم فى التنفس التى تمت خلال الأسبوع . وقد تعرضت جين للإحباط نتيجة محاولاتها للتحكم فى التنفس .

ج : يبدو إننى غير قادرة على القيام بذلك على الوجه الصحيح ، وأجد أحياناً أن علىّ أن أتوقف . حسناً ، وبقدر ما أحاول بعد ذلك . بقدر إحساسى كما لو أننى أجرى منطلقة فى الهواء ، وأن علىّ أن أخذ جرعة كبيرة منه بين مرات التنفس ، وقد شعرت فى أحيان أخرى بدوار ، وأن مشاعر عدم الواقعية يمكن أن تبدأ ، وهنا أجد أن علىّ أن أتوقف عن التنفس ، واحاول عمل شيء لكى أجعل عقلى مشغولاً .

م : يبدو الأمر كما لو أن هناك بعض الأشياء القليلة تحدث ، أولاً تذكرى أن هذه مهارة تشبه تماماً مهارة تعلم ركوب الدراجة ، وعليك ألا تتوقعى أن الأمر سيكون سهلاً من بدايته . ثانياً يبدو أنك عانيت من بعض المشاعر الجسمية غير المريحة التى أزعجتك . لقد ذكرت أنك شعرت كما لو كنت تجرين منطلقة فى الهواء ، ووفقاً لما سبق أن تحدثنا عنه فى الأسبوع الماضى ، ما الذى تعتقدين أنه سبب هذه المشاعر ؟

ج : حسناً ، ربما لأننى لم أكن أحصل على كفايتى من الهواء لرئتى ، لأنه كان من الصعب حقيقة استخدام حجابى الحاجز ، لقد شعرت أننى أختنق نفسى .

م : يحتمل أن الأمر مجرد تعلم لاستخدام عضلات الحجاب الحاجز ، ولكن هل اختنقت حقيقة ، أم أن ذلك كان تفسيراً منك أنك ستختنقين ؟

ج : لا أعرف ... لقد شعرت من قبل بالاختناق ، عندما كنت أجد نفسى محاصرة فى غرفة مزدحمة على وجه الخصوص .

م : إذاً ، كيف عرفت أنك ستختنقين ؟

ج : لا أعرف . . . . مجرد أن هذا الإحساس انتابنى

م : إذاً دعينا ننظر إلى كل الدلائل مجتمعة ، كانت لديك هذه الإحساسات من قبل ، ولكنك لم تختنقى إطلاقاً . الواقع أن كثيرون من الناس لديهم المشاعر نفسها ولكنهم لا يختنقون بالفعل . وكما تحدثنا فى المرة السابقة ، فإن تغييرك لطريقة تنفسك أو وقوعك فى القلق يمكن أن يؤدى أحياناً إلى إحساسات بانقطاع التنفس ، على الرغم من حصولك على قدر كبير من الهواء . وأخيراً فقد أجبرك التمرين على التركيز على هذه المشاعر ، وعلى أساس من كل هذه الحقائق . هل يمكنك التفكير فى تفسير بديل ؟ .

ج : حسناً ، ربما لم أكن اختنق ، ربما كان مجرد إحساس بذلك ، آمل ألا أشعر بذلك ثانية .

م : سيصبح الأمر أكثر سهولة مع استرخائك أثناء التمرين ، وإدراكك أن إحساسات الدوار وانقطاع النفس لن تؤذيك ، ومع زيادة مهارة تنفسك من الحجاب الحاجز وببطء .

وقد عبرت شكاوى جين عن الانشغالات النمطية التى تذكر .

والخطوة التالية هى إبطاء معدل التنفس إلى أن يتمكن العميل من الوصول إلى دورة من الشهيق والزفير المريح تمتد لست ثوانٍ . ومرة أخرى ، على المعالج أن يقوم بتقديم النموذج ، ثم يصوب التمرين الذى يتم فى الجلسة . ويطلب من العملاء أن يتمرنوا على التنفس البطىء فى بيئة آمنة أو مريحة ، ولا يشجعوا على تطبيق التنفس البطىء ، عندما يكونون قلقين أو هلعين إلى أن يصبحوا ماهرين تماماً فى استخدامه .

ويتم إعادة التنظيم المعرفى من خلال تفسير أن أخطاء التفكير تحدث لأى شخص عندما يكون قلقاً ، وبهذا يتم مساعدة العميل على توقع أن يكون تفكيره

مشوهاً ، طالما أن حالة القلق تعنى أنه فى حالة استنفار غير اعتيادية لمواجهة تهديد أو خطر . وبالتالى يتعين تأكيد أهمية معالجة الأفكار باعتبارها فروضاً أو تخمينات وليس حقائق . كما يتم أيضاً تفسير فكره التفكير التلقائى ، والتوقعات غير المترابطة لتأكيد الحاجة لأن يصبح ملاحظاً حاذقاً لتعبيراته الذاتية المعتادة فى مواقف معينة .

وتَعرف أن فكرة «أشعر بالرعب أن شيئاً سيئاً سيحدث» تعد فكرة غير ملائمة ، وغير علاجية ، ويمكن أن تؤدى إلى زيادة درجة القلق ، نتيجة لطبيعتها التعميمية والتوجيهية . والاعتراف بدلاً من ذلك أن فكرة «أنا خائف من أننى إذا أصبحت أكثر قلقاً أثناء القيادة ، فسأفقد السيطرة على عجلة القيادة وألجأ إلى جانب الطريق وأموت» تسمح بفحص بنّاء لمواجهة سسلسلة الفروض التى تتضمنها .

سنصف نوعين رئيسيين من الأخطاء المعرفية ، الأول هو المبالغة فى التقييم ، أو القفز إلى النتائج السلبية ، ومعالجة الأحداث السلبية على أنها محتملة عندما يبدو أنها لا تحدث فى الواقع ، ويطلب من العميل تحديد مبالغات تقييم القلق والأحداث المثيرة للهلع على مدى الأسبوعين المنصرمين : «هل تستطيع التفكير فى الأحداث التى شعرت أنها ستحدث بالتأكيد ، عندما كنت تشعر بالقلق ، وإذ بك تكتشف أنها لم تحدث فى نهاية الأمر على الإطلاق ؟» ودائماً ما يتذكر العملاء مثل هذه الأحداث بسهولة ، ولكن مع معارضة .

ج : حسناً ، أحياناً كنت أعتقد أننى سأفقد عقلى هذه المرة حقيقة . . . وأننى سأغيب عن الوعى . ولن أعود أبداً إلى الواقع ، غير أن ذلك لم يحدث على الإطلاق ، غير أنه مازال هناك احتمال لحدوثه .

م : ولكن لماذا تعتقدين أنه مازال هناك احتمال لذلك ؟

ج : جزء منى يشعر أننى دائماً ما أدبر للهرب فى الوقت المناسب ، سواء بالابتعاد عن الموقف ، أو من خلال طلب مساعدة زوجى ، أو من خلال الاستمرار فى التماسك بالقدر الكافى ؛ حتى تزول مشاعرى ، ولكن ماذا إذا لم أستطع التماسك فى المرة القادمة ؟

م : من خلال معرفتك بأفكارك عندما تكونين قلقة ، هل يمكنك أن تصنفى أيّاً من هذه الأفكار التى عبرت عنها حول «التماسك» أو مجرد الهرب فى الوقت المناسب فى فئة المبالغة فى التقييم .

ج : أعتقد أنك تقول إننى أستطيع أن أتماسك ، أو أستطيع الهروب دائماً فى الوقت المناسب .

م : إن شعورك الطاغى أنك فى حاجة إلى التماسك ، والحاجة للهرب ناتج عن مبالغة في تقييم مدى تشابه هذا الشعور بحالة الغياب عن الوعى وعدم العودة إطلاقاً للواقع .

ج : ولكنها تشعرنى حقيقة أن ذلك سيحدث .

م : إن جوهر المشكلة هو الخلط بين ما تعتقدين أنه سيحدث وبين ما يحدث بالفعل، وهو ما نتناوله فى هذه الجلسة .

ويتم الكشف عن أسباب مقاومة المبالغة فى التقييم ، على الرغم من تكرار عدم تأييد هذا التقييم ، ويعزى الخطر نمطياً إلى مؤشرات الأمان أو السلوك الخارجى (مثال ذلك . «أنا أفعل ذلك لمجرد أننى أحاول السعى للحصول على المساعدة فى الوقت المناسب» ، «لولا أننى أخذت قرص الأكسانكس Xanax الأسبوع الماضى عندما تعرضت للهلع فى السوق ، لكنت قد انتهيت» أو «ما كان ذلك ليحدث ما لم أكن قد لجأت إلى جانب الطريق فى الوقت المناسب» أو «إنه الحظ» بدلاً من عدم صحة التوقعات الأصلية) . ويفترض العملاء بالمثل أن السبب الوحيد لكونهم ما زالوا على قيد الحياة ومحتفظين بعقولهم .. إلخ ، هو أن النوبة الكبرى لم تحدث بعد ، ولكنها ستحدث . ويتم فى هذه الحالة قيام العميل بالربط بين شدة نوبة الهلع ومخاطرة التعرض للموت ، أو فقدان التحكم .. إلخ ، والذى يعد سوء تفسير آخر يتعين الإعتراف به .

وفحص الدلائل الخاصة بالاحتمالية هو أسلوب لمواجهة أخطاء المبالغة فى التقييم . والطريقة العامة هى اعتبار الأفكار فروضاً أو تخمينات ، وليس حقائق ثم فحص الدلائل الخاصة بالتوقعات ، من خلال التفكير فى بدائل أكثر واقعية للتوقعات وأفضل طريقة لذلك هى الحوار السقراطى ، وبهذا يفحص العملاء مضمون تعبيراتهم ويصلون إلى البدائل . ويفيد فى هذا السياق فحص المنطق الخاص بالعميل (مثال ذلك كيف تؤدى ضربات القلب المتسارعة لنوبة قلبية) ، أو الأسس التى تقوم عليها الأحكام (مثال ذلك المعلومات الخاطئة المستمدة من الآخرين ، أو الإحساسات غير المعتادة) . واستمراراً مع المثال السابق الخاص بجين ، اتخذ الحوار الشكل الآتى :

م : أحد التعبيرات الذاتية التى حددتها هى أنك ستنهارين ، ولن تعودى إلى الواقع . ما الذى أدى بك على وجه التحديد إلى الاعتقاد بأن ذلك هو ما يحتمل أن يحدث ؟

ج : حسناً ، شعرت أن ذلك هو ما سيحدث .

م : كونى أكثر تحديداً ، أى مشاعر ؟

ج : حسناً ، لقد شعرت كأننى مخدرة وغير واقعية ، والأشياء حولى مختلفة ، وأننى منفصلة عنها .

م : ولماذا أعتقدت أن هذه المشاعر تعنى أنك فقدت بالفعل الصلة بالواقع ؟

ج : لا أعرف ، كان شعورى كما لو أننى فقدت بالفعل هذه الصلة .

م : هل أجبت أى شخص وجه إليك سؤالا أثناء هذه النوبات ؟

ج : حسناً ، لقد أجبتك على الرغم من شعورى أحياناً بهذه المشاعر هنا .

م : حسناً ، وهل تستطيعين المشى أو الكتابة أو قيادة السيارة ، عندما تنتابك هذه المشاعر ؟

ج : نعم ، ولكن مشاعرى تكون مختلفة .

م : ولكنك تقومين بهذه الأعمال ، على الرغم من إحساسك بالانفصال .
إذاً ما الذى تستنتجينه من ذلك ؟

ج : حسناً ، ربما لم أفقد الصلة كلية بالواقع ، ولكن ماذا يحدث لو فقدتها بالفعل ؟

م : كم مرة شعرت أنك فاقدة الصلة ؟

ج : مئات ومئات المرات .

م : وكم مرة فقدت الصلة بالواقع بصورة دائمة ؟

ج : ولا مرة ، ماذا لو لم أتخلص من هذه المشاعر ، ربما سأفقد عندئذ هذه الصلة .

م : ماذا غير ذلك يجعلك تفكيرين أن هذا الأمر محتمل ؟

ج : حسناً ، ماذا عن ابن عمى ، لقد فقد الصلة بالواقع ، عندما كان في نحو الخامسة والعشرين من عمره ، وقد وضعوه على مجموعة أدوية ثقيلة . ولن أنسى إطلاقاً الوقت الذى رأيته فيه خارج منزله ، كان يكلم نفسه بطريقة غير مفهومة .

م : وهل حدث اتصال بينكما ؟

ج : نعم .

م : ما وجه التشابه بينكما ؟

ج : لا شيء فى الواقع ، مجرد اعتقادى أنه ما سأصبح عليه .

م : هل كانت لديه المشاعر نفسها التى لديك الآن ؟

ج : لا أعرف .

م : وإذا كان أحد أبناء عمومتك الآخرين لديه مشكلات حادة فى ظهره ، هل ستكونى قلقة أنك ستنتهى بمشكلات حادة فى ظهرك ؟

ج : لا .

م : لماذا لا ؟

ج : لأننى لم أفكر أبداً أن لدى آلاماً فى الظهر .

م : إذاً فأنت تفكرين أنك ستكونين مثل ابن عمك لأنه يعانى من حالة تخشين منها ، ولكنك لا تفكرين أو تعتقدين أنك ستكونين مثل أبن عم آخر لديه مشكلات فى ظهره .

ج : أعتقد ذلك .

م : إذاً ، دعينا نفكر فى كل البدائل ، وأن نفكر فى بعض البدائل ، لقد شعرت بعدم الواقعية مئات المرات ، ولكنك لم تفقدى إطلاقاً الصلة بالواقع ، لأنك كنت مستمرة فى أدائك وسط هذه المشاعر ، كما أنها لم تستمر إلى الأبد . وأنت خائفة من أن تصبحى مثل أبن عمك ، على الرغم من أنه لا يبدو أن هناك سبباً لافتراض أن ما يعانى منه يشبه أى شيء مما أنت فيه . تذكرى أيضاً مناقشتنا السابقة عن مصدر مشاعر عدم الواقعية [استثارة القلق والإفراط فى التنفس] إذاً ما هى الاحتمالية الواقعية لفقدانك

الصلة بالواقع بصورة دائمة ؟ استخدمى مقياساً من صفر إلى ١٠٠ ، حيث يعنى الصفر عدم وجود أى احتمال على الإطلاق ، وتعنى الدرجة ١٠٠ أن الحدوث محتم .

ج : حسناً ، ربما كان الأمر أقل مما أعتقد ، ربما ٢٠ ٪ .

م : إذاً فهذا يعنى أنك تفقدين الصلة بالواقع تماماً مرة كل خمس مرات ، تشعرين فيها بعدم الواقعية

ج : إذا وضعت الأمر بهذه الطريقة ، فإننى أعتقد أن ذلك لا يحدث ، ربما كان الاحتمال ضئيلاً للغاية .

م : نعم ، إذاً ما التفسير البديل ؟

ج : ربما كانت مشاعر عدم الواقعية ناتجة عن الشعور بالقلق أو الإفراط فى التنفس ، وأن شعورى بهذه المشاعر لا يعنى أننى أفقد الصلة بالواقع فعلاً ، وأننى لست مثل أبنى عمى على الإطلاق .

والواجب المنزلى لهذه الجلسة هو التدريب على التحكم فى التنفس ، ومراقبة أمثلة المبالغة فى التقييم ، وإعادة تفسيرها من خلال التساؤل عن البدائل ، والنظر فى الدلائل .

الجلسة الخامسة

أهداف هذه الجلسة هى تطبيق التحكم فى التنفس ، والتقدم نحو إعادة تنظيم البنية المعرفية الخاصة بالنمط الثانى من الأخطاء المعرفية ، وهو التفكير الكارثى أو توقع الكارثة . ويطلب من العملاء ممارسة التحكم فى التنفس فى مجالات معينة ، مثال ذلك أثناء جلوسهم إلى مكتب خلال العمل ، أو أثناء انتظارهم فى إشارة مرور فى السيارة ، كما يشجعوا على القيام بتمرينات تحكم قصيره فى التنفس مرات عديدة على امتداد النهار .

وينتج النوع الثانى من الأخطاء المعرفية من النظر إلى أحد أحداث الحياة باعتباره «خطيراً» أو «يسبب المعاناة» أو كارثى ، بينما هو غير ذلك فى الواقع .

ومن بين الأنواع النمطية من الأخطاء الكارثية الآتى : «إذا فقدت الوعى ، سيعتقد الناس أننى ضعيف ، وهذا أمر لا يطاق» ؛ «نوبات الهلع هى أسوأ شىء يمكن تخيله» أو «تدمر الأمسية بكاملها إذا ما بدأت أشعر بالقلق» . ودحض التفكير

الكارثى يعنى إدراك أن حدوث القلق ليس كارثة كما يُعتقد ويتحقق هذا الدحض ، من خلال التفكير في كيف أنه يمكن تدبر الأحداث بقدر «سوئها» . مثال ذلك أنه من المهم للشخص أن يذكر أن أحكام الآخرين وتقديراتهم السلبية غير محتملة ، ومناقشة ما الذى يستطيع الشخص القيام به للتغلب على ذلك ، إذا ما عبر شخص آخر عن حكم سلبى ، وبالمثل بالنسبة للشخص ، الذى يقرر أن الأعراض الجسمية للهلع لا تحتمل .

والحوار التالى بين المعالج (م) والعميل (ع) مفيد فى هذا الشأن .

م : ما الأمر شديد السوء فيما يتعلق بتسارع ضربات قلبك وشعورك بالدوار ؟

ع : إنه شعور مريع ، أنا أكرهه ، أتمنى أن تزول هذه الأعراض .

م : ولكن ما الذى يجعلها بهذا السوء ؟

ع : لأننى لا أستطيع التغلب عليها .

م : ولكن ماذا لو كان محكوماً عليك بتسارع ضربات قلبك وشعورك بالدوار بقية عمرك ؟

ع : لن أستطيع الصمود .

م : ما الذى ستفعله ؟ دعنا نجعل الأمر أكثر يسراً ، لنفترض أنك تعرضت لمرض ما بما يعنى أنك ستشعر بالألم بقية عمرك فى معصمك الأيسر ، ما الذى ستفعله للتغلب على هذه الحالة ؟

ع : حسناً ، أعتقد أننى سأحاول عمل أفضل ما أستطيع ، ربما أقوم ببعض التمرينات للتخفف من الآلم ، وغالباً ما سأستمر فى عمل أغلب الأشياء التى أقوم بها الآن ، ربما ليس بالسهولة نفسها .

م : حسناً ، إذاً فستتغلب على الوضع ، والآن كيف يختلف ذلك عن تسارع ضربات القلب والشعور بالدوار ؟

ع : أشعر أننى لا أستطيع القيام بشىء مع هذه الأعراض .

م : هل تبالغ فى تقييم الأمر ؟ ما الذى لا تستطيع القيام به ؟

ع : أنت على حق ... يحتمل أننى مجرد أفكر أننى لا أستطيع عمل شىء . أقصد أنه على الرغم من شعورى بهذه الأعراض ، مازلت أستطيع

القراءة، والحديث إلى الناس ، وقيادة السيارة ، وربما أستطيع القيام بأشياء أخرى أتجنبها ؛ لأننى أعتقد أننى لا أستطيع عملها ، مثل العودة لممارسة الرياضة.

م : حسناً ، والآن عندما تدرك أن تسارع ضربات القلب والشعور بالدوار أمران يمكن تدبرهما ، هل تلاحظ كيف أن المشاعر نفسها يمكن أن تتبدد . والواجب المنزلى هو ممارسة التحكم فى التنفس وتحديد المبالغات فى التقييم والنمط الكارثى من التفكير ، ومواجهته ودحضه .

الجلسة السادسة

الهدف الرئيسى لهذه الجلسة هو بدء التعرض الباطنى (١) . على الرغم من انفاق الوقت أساساً فى مراجعة مبادئ إعادة تنظيم البنية المعرفية ، من حيث تطبيق العميل للإستراتيجيات المعرفية على القلق ونوبات الهلع ، على امتداد الأسبوع الأسبق على وجه الخصوص . ومنطق التعرض الباطنى مهم للغاية ، إذ ييسر التعميم من موقف التدريب فى الجلسة إلى الخبرات اليومية . ويراجع المعالج مع العميل مفهوم التشريط الباطنى ، الذى سبق وصفه فى الجلسة الثانية ، ويتم إيضاح الطريقة التى يخدم بها تجنب الإحساسات المثيرة للخوف استمرار الخوف . والأنشطة التى تتجنب ؛ نتيجة لارتباطها بإحساسات جسمية قد لا تتضح على الفور للعميل ، وقد تتضمن ممارسات بدنية ، ومناقشات انفعالية ، وأفلام إثارة وحمامات بخار (أخذ دش فى حمام ذى أبواب ونوافذ مغلقة) ، وأطعمة معينة أو منبهات .

والغرض من التعرض الباطنى هو إعادة استثارة الإحساسات المخيفة ، وإضعاف استجابة الخوف من خلال الاعتياد ، وتعلم أنه لا تحدث منها نتائج خطيرة حقيقة . يضاف إلى ذلك ، أن الاستثارة المتكررة تسمح بممارسة تطبيق الاستراتيجيات المعرفية ، واستراتيجيات التنفس . ونتيجة لهذا ينخفض الخوف من الإحساسات الجسمية الطبيعية بقدر جوهرى .

وتبدأ هذه الإجراءات من خلال تقييم استجابة المفحوص لسلسلة من التمرينات المقننة ، ويقوم المعالج بتقديم نموذج لكل تمرين أولاً، ثم يقوم المعالج،

(1) Naturalistic interoceptive exposure .

بعد إكمال العميل للتمرين ، بتسجيل الإحساسات ، مستوى القلق (من صفر إلى ٨) شدة الإحساسات (صفر – ٨) ، والتشابه مع الإحساسات الطبيعية المصاحبة للهلع (صفر – ٨) . وهذه التمرينات موضحة فى جدول (٤ – ١) . وإذا لم يؤد أى من هذه التمرينات لإحساسات مشابهة بقدر متوسط على الأقل لتلك الإحساسات الطبيعية المصاحبة للقلق ، يتم تفصيل تمرينات فردية خاصة بالعميل. مثال ذلك إذا كانت آلام الصدر هى الإحساسات الأولية المثيرة للخوف ، فإن الضغط على الصدر يمكن إحداثه من خلال تنفس عميق قبل الزفير ، وإذا كانت الحرارة هى المثيرة لإحساسات الخوف الرئيسية ، فيمكن استخدام حجرة مرتفعة الحرارة ، وإذا كان أكثر ما يثير القلق هو الشعور بالاختناق ، فإمكانات إحداث هذا الشعور متوافرة من خلال قبض اللسان أو استخدام سترة ذات ياقة ضيقة أو ربطة عنق .

فإذا لم يذكر العملاء أنهم أحسوا بأى خوف ، أو أحسوا بالقليل منه نتيجة لشعورهم بالآمان فى وجود المعالج ، يطلب منهم القيام بمحاولة كل تمرين بمفردهم ، بينما يترك المعالج الغرفة أو العيادة . وبالنسبة لقلة من العملاء يؤدى السبب المعروف لهذه الإحساسات وفترة ظهورها إلى إلغاء استجابة الخوف لديهم ، وبالنسبة لأغلب العملاء ، فإن بعض التمرينات على الأقل تؤدى إلى الإحساس بالخوف ، على الرغم من معرفة سبب هذه الإحساسات والقابلية التحكم فيها .

وتحصل التمرينات التى تقدم باعتبارها تستثير على الأقل إحساسات مشابهة للخوف على ٣ درجات (على مقياس يمتد من صفر إلى ٨) ، وتختار لتكرار التعرض فى الجلسة التالية . ويتم وضع مدرج للتمرينات المختارة على أساس تقديرات القلق التى تثتثيرها ، ويستمر الواجب المنزلى مراقبة معرفية وتحدى للأفكار السلبية .

جدول (٤ – ١) تمرينات التعرض الباطنى

التمـرين	الفترة بالثواني	شدة الإحساسات (صفر – ٨)	القلق (صفر–٨)	التشابه مع الأعراض (صفر –٨)
هز الرأس يميناً ويساراً	٣٠			
وضع الرأس بين الرجلين ورفعها	٣٠			
الجري في الموضع نفسه	٦٠			
كتم النفس	٣٠ أو أطول فترة ممكنة			
توتر عضلي كامل ، حفظ الجسم مرتكزا علي اليدين أثناء الانبطاح	٦٠ أو أطول فترة ممكنة			
الدوران في كرسي دوار	٦٠			
إفراط في التنفس	٦٠			
التنفس من خلال أنبوبة ضيقة	١٢٠			
التحديق في نقطة علي الحائط أو على الصورة المعكوسة علي مرآة	٩٠			

الجلسة السابعة

الهدف الأولى لهذه الجلسة هو تكرار تطبيق التعرض الباطنى . وعلى الرغم من مراجعة التحكم فى التنفس ، يشجع العملاء أولاً على استخدام التحكم فى التنفس فى أوقات القلق ، أو عند وجود إحساسات جسمية غير مريحة ، بدءاً من هذه المرحلة كما يتم أيضا اختبار الفروض لتسهيل إعادة تنظيم البنية المعرفية . ويتضمن اختبار الفروض تحديد المبالغة فى التقييم أو التنبؤات الكارثية حول المواقف ، التى يحتمل مواجهتها فى المستقبل القريب . وتقيم الاحتمالات الصحيحة للتنبؤات فى هذه الجلسة . مثال ذلك أن جين توقعت احتمالاً قدره ٦٠ ٪، أن شخصاً ما خلال عشاء العمل الذى تحضره خلال الأسبوع ، قد يعلق على مقدار ما يبدو عليها من قلق . ويختبر المعالج والعميل فى الجلسة التالية الدلائل التى إما أن تؤيد أو تدحض التنبؤات ، التى قدمت فى الأسبوع السابق . ويحصل العميل بهذه الطريقة على دلائل عياينة على أن بعض توقعاته المفزعة ،

أو لا شيء منها تحقق . واختبار الفروض مفيد على وجه الخصوص فى حالة التنبؤات الكارثية حول تأثيرات القلق فى القدرة على الأداء .

ويُستخدم منحى متدرج للتعرض الباطنى ، يبدأ من أقل البنود فى المدرج الذى وضع فى الجلسة السابقة . ويطلب من العميل أن يبدأ التمرين على أن يشير إلى لحظة بداية معاناته من الإحساسات الجسمية (برفع يده على سبيل المثال) ويستمر فى التمرين لمدة ٣٠ ثانية على الأقل ، ويمنح العميل وقتاً لممارسة الاستراتيجيات المعرفية والتنفسية . وأخيراً يراجع المعالج الخبرة الناتجة وتطبيق العميل لاستراتيجيات التحكم ويؤكد المعالج خلال هذه المراجعة أهمية معاناة الإحساسات بالكامل خلال التمرين ، ويؤكد التركيز موضوعياً على الإحساسات ، وليس التشتت بعيداً عنها ، وعلى أهمية تحديد المكونات المعرفية المعنية ومجابهتها من خلال التفكير فى كل البدائل . يضاف إلى ذلك قيام المعالج بتوجيه أسئلة محورية ؛ لمساعدة العميل على إدراك درجة أمانه (مثال ذلك : ما الذى سيحدث إذا ظللت تدور بسرعة فى المقعد لمدة ٦٠ ثانية أُخرى ؟)

ويسأل لتعميم الخبرات التى تحدث فى المواقف الطبيعية (مثال ذلك : كيف يختلف هذا عما يحدث ، عندما تشعر بالدوار أثناء وجودك فى العمل ؟) بمعنى آخر أن المواجهة والتحدى المعرفى يمتد إلى العمليات المعرفية ، التى حدثت نتيجة لتكرار التعرض الباطنى . بالإضافة إلى ذلك ، تصبح بعض المكونات المعرفية المعينة التى لم تتبين من قبل واضحة . مثال ذلك أن جين أصبحت أكثر وعياً بفروضها حول فقدان التحكم فى أطرافها ، عندما تشعر بالخدر أو الدوار . ويتعلق ذلك بانشغالها حول تسببها فى وقوع حادث أثناء قيادتها للسيارة . وخلال تمرينات الإفراط فى التنفس المتكررة ، وبإثارة أسئلة «ماذا لو» من جانب المعالج ، اكتشف خوفها من عدم قدرتها على التحكم فى تحريك ذراعيها أو رجليها . وقد تم دحض هذا الفرض سلوكياً ، من خلال جعلها تفرط فى التنفس لفترات أطول من الوقت ، يلى ذلك قيامها بالمشى وحمل أشياء .. إلخ .

وتكرر المحاولات لعدد كاف من المرات إلى ألا يزيد مستوى القلق بالنسبة لأى تمرين عن درجتين (أو متوسط) . وعندئذ يبدأ تكرار الإجراء للتمرين التالى فى المدرج ، وأحياناً ما يذكر العملاء أنه طالما أن الإحساسات الناتجة عن التمرين هى مما يمكن التنبؤ به والتحكم فيه ، فإنهم يستشعرون قدراً أقل من الخوف مقارنة بما يحدث فى الإحساسات الطبيعية . ويؤدى هذا التمييز إلى الحد من القيمة

التعليمية لتمرينات التعرض الباطنى ، ويساعد المنحى المعرفى المعروض فى المثال التالى فى هذه الحالات :

ج : بعد دورانى فى المقعد وإفراطى فى التنفس عدة مرات ، أشعر فى الحقيقة بقدر ضئيل للغاية من القلق ، لقد كنت مرعوبة فى البداية ، ولكننى الآن قلقة بقدر متوسط أو ربما غير قلقة على الإطلاق ، غير أن هذا مختلف عما يحدث لى ، عندما أكون على الطريق السريع أو فى البيت .

م : كيف يختلف ؟

ج : لا أعرف ، عندما يبدو أن مشاعر الدوار وعدم الواقعية ستنتابنى .

م : أولاً . لنعد إلى مناقشتنا السابقة ، ما المسئول عن شعورك بالدوار ، أو عدم الواقعية فى أوقات معينة ؟

ج : أنا أعرف ... أن علىّ أن أتذكر دائماً أنه تنفسى ، أو مجرد شعورى بالقلق أو التعب ، أو مجموعة من الأشياء المختلفة .

م : حسناً والآن ثانياً لماذا يكون الأمر مهماً للغاية أن تعرفى متى ستحدث هذه المشاعر ؟

ج : لأننى لا أريدها أن توجد على الإطلاق .

م : ولم لا ... ما الذى تخافين منه ؟

ج : أعتقد أنه الشىء القديم نفسه ، وهو أننى سأفقد الوعى بشكل ما .

م : إذاً دعينا نعود إلى إعادة التنظيم المعرفى ، الذى كنت تقومين به ، ما الذى تخافينه على وجه التحديد ؟ ما مدى احتمال حدوثه ؟ ما البدائل ؟

ج : أنا فاهمة .

م : إذاً ، فأنت ترين أنه سواء نتجت إحساسات الدوار أو عدم الواقعية عن القلق أو الإفراط فى التنفس أو الأكل أو ممارسة التمرينات ، التى تقومين بها هنا فإنها جميعاً الأمر نفسه ، كلها احساسات جسمية غير مريحة ، والسبب الوحيد الذى يجعلها تقلقك أكثر أثناء قيادتك السيارة ، أو أثناء وجودك فى البيت ، هو المعنى الذى مازلت تعطينه لهذه الإحساسات فى هذه المواقف .

والواجب المنزلى مهم للغاية ، طالما أن مؤشرات الأمان متوافرة فى موقف العيادة ، أو أن وجود المعالج فى حد ذاته يمكن أن يحد مرة أخرى من تعميم أثر التدريب على المواقف الطبيعية . ويطلب من العملاء ممارسة بنود التعرض الباطنى ، التى أجريت فى الجلسة يومياً .

الجلسة الثامنة

أهداف هذه الجلسة هى الاستمرار فى اختبار الفروض والتعرض الباطنى .

ومن المهم على وجه الخصوص مراجعة ممارسة العميل اليومية للتعرض الباطنى .

ويتعين تقييم احتمالات التجنب ، سواء كانت عبارة عن فشل واضح فى ممارسة التمرين ، أو تجنب غير مباشر من خلال الإقلال من شدة أو فترة الإحساسات المستثارة ، أو قصر ممارسة التمرين على الأوقات التى يوجد فيها مؤشر للأمان (مثل وجود الأشخاص المهمين للعميل فى الموقف) ، أو على الأوقات التى لا يشعر العميل خلالها بالقلق على الإطلاق .

وتتضمن مصادر التجنب الاستمرار فى سوء تفسير خطر الإحساسات الجسمية (بمعنى «أنا لا أريد أن أفرط فى التنفس لأنى أخشى من عدم إمكانى التوقف عنه ، ولن يكون هناك من يساعدنى وقتها) أو الإدراك الخاطىء أن مستويات القلق لن تنخفض نتيجة لتكرار التمرين . وقد تعرضت جين لقلق آخر ، فقد ذكرت حول هذا الوقت خلال العلاج نوبات هلع ضئيلة للغاية ، وبالتالى إحساسات قلق جسمية قليلة . وقد مارست تمارين التعرض الباطنى حوالى نصف الأيام الواقعة بين الجلسات ، ولكنها ظلت متنبهة إلى الخوف من أن التمرينات قد تؤدى بها إلى ردة فى حالتها لأسابيع سابقة ، بمعنى أنها كانت قلقة من أن استثارة الإحساسات قد تؤدى إلى إبقائها فى حالة من الأعراض المقاومة . ويتعين إيضاح كل هذه الدوافع التجنبيه معرفياً باستخدام المبادىء التى سبق وصفها فى الجلسات السابقة . والواجب المنزلى لهذه الجلسة هو الاستمرار فى ممارسة تمرينات التعرض الباطنى ، وفقاً للمدرج سابق التحديد ، واختبار الفروض، وإعادة تنظيم البنية المعرفية أثناء القلق أو الهلع .

الجلسة التاسعة

الهدف الأولى من هذه الجلسة هو الامتداد بالتعرض الباطنى إلى مهام طبيعية ، يضاف إلى ذلك استمرار إعادة تنظيم البنية المعرفية ، من خلال اختبار الفروض ، وتدعيم مراقبة ومواجهة زيادة القلق .

ويشير التعرض الباطنى الطبيعى [1] إلى التعرض للمهام ، أو الأنشطة اليومية ، التى تتجنب أو تتحمل بفزع نتيجة لارتباطها بالإحساسات الجسمية . وتتضمن الأمثلة النمطية لهذه المواقف ممارسة التمرينات الرياضية (الأيروبك) أو الأنشطة الرياضية الشاقة ، صعود السلم جرياً ، تناول أطعمة تستثير إحساسات بالامتلاء ، أو مقترنة بإحساسات الاختناق ، والوقوف بسرعة من وضع الجلوس الاستحمام بالبخار أو حمامات السونا ، القيادة والنوافذ مغلقة مع تشغيل التدفئة ، استهلاك الكافيين . إلخ . ويمكن بالطبع تعديل هذه التمرينات فى حالة وجود تعقيدات طبية ، مثل : الربو أو ضغط الدم المرتفع . ويتم وضع قائمة متدرجة بالأنشطة النمطية المثيرة للخوف ، واختيار البنود المعينة ذات العلاقة بالخبرات الشخصية للعميل ويقدر كل بند من حيث ترتيبه فى إثارة القلق ، ويبين جدول (٥- ١) مدرج بنود جين

جدول (٥ – ١) : مدرج التعرض الباطنى الطبيعى لجين

البنـــــــد	مستوي مايثيره من قلق
النظر خلال زجاج ملون مصمت	٣
مراقبة عش طيور	٤
تفحص لافتات السلع في رفوف متجر	٥
القيادة والنوافذ مغلقة مع تشغيل التدفئة	٦
الذهاب إلي ملهي ليلي ذي أضواء وهاجة	٧
ركوب الألعاب في ديزنى لاند	٨

ويطلب من العملاء تحديد المكونات المعرفية غير التوافقية ، وعمل بروفات لإعادة التنظيم المعرفى قبل بدء كل نشاط . وتسمح البروفات أثناء الجلسات

(1)Naturalistic interoceptive expoosure .

للمعالجين بتقديم عائد تصحيحى . ومن المهم تحديد مؤشرات السلوك الحمائى وإبعادها (تدريجياً إذا كان ذلك ضرورياً) مثل التليفونات المحمولة ، وتعويذات الحظ ، والبقاء قرب الخدمات الطبية ، ويطلب من العملاء ممارسة بندين فى مدرجهم على الأقل ، ثلاث مرات لكل منهما ، قبل موعد الجلسة التالية .

الجلسة العاشرة

الأهداف الأولية لهذه الجلسة هى مراجعة تمرينات التعرض الباطنى الطبيعى التى تمت على امتداد الأسبوع السابق . وبدأ التعرض للمواقف المثيرة للخوف والتجنب . ومثلما كان الأمر فى حالة الواجبات المنزلية المبكرة للتعرض الباطنى ، من المهم أيضاً تقييم وتصحيح ميول تجنب مهام التعرض الباطنى الطبيعى .

ويستهدف التعرض الموقفى المواقف المثيرة لمخاوف الاماكن المفتوحة ، التى يتوقع حدوث القلق والهلع فيها ، والتى يكون الهرب منها صعباً ، أو المساعدة فيها غير متاحة.

وعلى النقيض ، فإن التعرض الباطنى الطبيعى يستهدف الأنشطة التى تؤدى إلى الإحساسات المثيرة للخوف والتجنب . ويقدم التعرض الموقفى فى هذه المرحلة طالما اكتسب أغلب العملاء قدراً كافياً من التحكم فى هلعهم وقلقهم بما يسمح بالتعرض الموقفى بنعومعه . وعلى الرغم من ذلك قد يقدم التعرض الموقفى فى فترة أكثر تبكيراً فى حالات معينة . مثال ذلك للعملاء الذين يقررون عدم وجود خوف من التمرينات المعيارية لاستثارة الإحساسات الجسمية ، ولأولئك الذين يخافون من هذه الإحساسات ، عندما تحدث فى سياق المواقف المثيرة لمخاوف الأماكن المفتوحة فقط . ويمكن فى هذه الظروف بدء التعرض الموقفى فى الجلسة السابعة . كما يستفيد العملاء الذين تحكموا فى إحساسات خوفهم بسرعة كبيرة من التقدم المبكر نحو التعرض الموقفى .

ويعتمد مقدار الوقت المخصص للتعرض الموقفى على بروفيل ؛ مخافة العميل من الأماكن المفتوحة . ومن الواضح أن المزيد من الوقت سيكون ملائماً للعملاء من أصحاب المخاوف الحادة من الأماكن المفتوحة . وهناك فائدة محققة أيضاً من إشراك أشخاص مهمين للعميل فى إجراءات العلاج ، وهو الأمر الذى يعتمد على مدى مقاومة مخاوف الأماكن المفتوحة ، والمدى الذى تأثرت به ، أو أسهمت فيه أدوار الأسرة والتفاعلات فيها بمخاوف الأماكن المفتوحة . وهناك

قرار آخر يتعلق بطريقة القيام بالتعرض الموقفى . الطريقة التدريجية الممتدة وهى التى غالبا ما تستخدم (مقابل التعرض الكثيف المركز) . وعلى الرغم من ذلك ، وكما ذكرنا من قبل ، فإن البحوث الحديثة (Feigenbaum, 1988) أوضحت تفوق نتائج استخدام الطرق المكثفة المركزة . وبالتالى فإن اختيار الطريقة يمكن تحديده على أفضل وجه مع العميل ، من خلال وصف البدائل والأخذ فى الاعتبار طريقة العميل المفضلة للتغلب على التحديات .

الخطوة الأولى هى تقديم منطق أو مبررات القيام بتعرض موقفى . والمبررات مشابهة لمبررات التعرض الباطنى : وهى التعلم من خلال المواجهة المتكررة أن الخوف من الأحداث السلبية غير محتمل ، أو يمكن التحكم فيه . ويوصف الانخفاض فى القلق والخوف بعد تكرار مهمة واحدة من مهام التعرض، وذلك بهدف توفير حوافز للاستمرار فى التدريب ولتسكين القلق من أن المهام الموقفية ستظل صعبة ؛ بمعنى آخر أن التعرض الموقفى يجرى باعتباره قابلاً للتحكم بهدف خفض الإدراكات المتعلقة بفقدان الحيلة .

وقد اختارت جين ومعالجها أسلوباً تدريجيّاً ممتدّاً بمساعدة زوج جين ، طالما أنه يلعب دوراً جوهرياً فى أنماط مخاوفها من الأماكن المفتوحة . ولم تحب جين الطريقة المكثفة لأنها لن تكون «فى وضع التحكم» . وعند هذه المرحلة من العلاج ، لم تكن جين قد تعرضت لنوبات هلع على مدى أربعة أسابيع . وكانت حساسيتها للإحساسات الجسمية ، وبالأخص مشاعر عدم الواقعية قد انخفضت جوهرّياً .

وعلى الرغم من ذلك ، ظلت فى مستوى متوسط من الخوف – «هل سيطول هذا الأمر» أو «ماذا لو عادت نوبات الهلع» .

وهو الأمر الذى يفسر مقاومتها للتعرض الموقفى المكثف . وقد حدث قدر من الانخفاض فى سلوكها الخوافى من الأماكن المفتوحة كدالة لعلاج الهلع . مثال ذلك أن جين تقوم الآن بقيادة السيارة لمسافات أبعد فى الطرق المنبسطة ، على الرغم من أنها ما زالت تتجنب الطرق السريعة ، كما أصبحت تنفق وقتاً أطول بمفردها أكثر من السابق ، على الرغم من أنها ما زالت تفضل تواجد زوجها أو أمها . وكانت متشوقة لبدء مرحلة التعرض الموقفى ، وأصبحت أكثر استقلالية .
وكان «لارى» زوج جين مستعداً تماماً للمشاركة فى العلاج . وفى الوقت الذى كان

يمكن أن يكون موجوداً فيه منذ بدء العلاج . إلا أن جين ومعالجها اختارا إشراك لارى فى الجزء الخاص بالتعرض الموقفى .

الجلسة الحادية عشرة

الأهداف الأولية لهذه الجلسة هى توفير مراجعة للمفاهيم العلاجية للزوج أو الشخص المحورى [1] لدى العميل ، تتضمن وصف طريقة مشاركة الزوج ، ووضع مدرج البنود الموقفية ، وبدء تمرينات التعرض . وقد ترتب على ذلك حضور لارى لهذه الجلسة والجلسات الأربعة المتبقية (وضع جدول لأربع جلسات بافتراض أن مستوى تجنب جين لمخاوف الأماكن المفتوحة سيكون قد تم تخطيه خلالها) .

والمفاهيم المقدمة للشخصية المحورية هى بالضبط ما سبق تقديمه للعميل ، وهذا هو السبب لإمكان إشراك الشخص المحورى بالنسبة للعميل منذ بداية العلاج. وتتجه المفاهيم المقدمة إلى خفض مشاعر الإحباط لدى الزوج أو إعزاءاته السلبية حول أداء العميل الانفعالى (مثال ذلك : «أوه» لقد فعلتها مرة ثانية . . . لا يوجد فيها شيء خطأ فى الحقيقة «أو» لقد كانت على هذا الحال منذ ما قبل زواجنا ، ولن تتغير أبداً) . وتوصف الطريقة التى تؤدى بها مشكلة مخاوف الأماكن المفتوحة إلى إرباك الروتين اليومى والمسئوليات المنزلية . ويتعين أن تتضمن الأمثلة المقدمة الأنشطة الإجتماعية والترفيهية والأعمال المنزلية . ويتم تفسير كيف أن الأنشطة المنزلية ربما كانت منتظمة حول مخاوف الأماكن المفتوحة وتجنبها بهدف مساعدة العميل على الأداء دون قلق حاد . ويلاحظ فى الوقت نفسه أن إعادة تكليف الزوج بالمهام التى سبق للعميل إكمالها يمكن أن يدعم فى الحقيقة النمط الخوافى للسلوك من الأماكن المفتوحة . وبداية يتم تأكيد أهمية الإذعان لتعليمات التعرض الحى ؛ حتى لا يعانى العميل من الكدر .

ويشجع الزوج لكى يصبح مشاركاً نشطاً من خلال تقديم تصوراته عن سلوك العميل ومخاوفه وتأثيرها على البيئة المنزلية . وأحياناً ما يقدم الأزواج معلومات لا يكون العميل واعياً بها تماماً ، أو لم يذكرها من قبل ، وعلى وجه الخصوص فيما يتعلق بكيف يؤثر سلوك العميل فى الأداء اليومى للزوج . فقد وصف لارى – على سبيل المثال – كيف كان مقيداً بالبيت فى الأمسيات ، بينما

(1) Significant person .

كان فى السابق يلعب كرة السلة أحياناً مع أصدقاءه ، وهو يبقى الآن فى البيت لأنه يشعر بالذنب إذا ترك جين بمفردها .

الخطوة الثانية هى وصف دور الشخص المحورى فى مهام التعرض الموقفى . وينظر إلى الشخص المحورى بوصفه مدرباً ، ويشجع الزوجين على القيام بالمهام معاً كما لو كانا فريقاً يعمل معاً لحل المشكلات . ويتضمن ذلك تقريراً دقيقاً عن أين ومتى تمارس بنود مدرج التعرض ، ويحدد العميل مخاوفه حول المهمة عند الإعداد للممارسة ، وعليه تقديم البدائل المعرفية ، ويشجع الزوج على مساعدة العميل على مناقشة أفكاره القلقة . ويمكن القيام بفحص مخاوف العميل ، من خلال لعب الأدوار مع الزوج فى الجلسة ، وبالتالى يتمكن المعالج من تقديم عائد تصحيحى لكل من الشريكين . ويقوم الشخص المحورى – خلال المهمة – بتذكير العميل لتطبيق المواجهة المعرفية أو التحكم فى التنفس . وطالما أن الزوج دائماً ما يكون مؤشراً للأمان تصبح المهام أقل إثارة للقلق . وعلى الرغم من ذلك ، يجب إبعاد مؤشر الأمان هذا بعد ذلك ، وبالتالى تتم المحاولات الأولية للتعرض بوجود الزوج ، ويقوم العميل بالمحاولات التالية بمفرده . ويمكن أن يتم الحرمان من وجود الزوج تدريجياً ، كما هو الحال فى القيادة بصحبة الزوج ، وثانياً القيادة والزوج يتبعها فى سيارة أخرى ، وثالثاً القيادة منفردة والزوج منتظر فى نهاية المسافة ، ورابعاً القيادة منفردة .

ونمط التواصل بين الزوجين مهم للغاية لنجاح هذه المشاركة . ولا يشجع الزوج على تضخيم خبرة الهلع ، ويشجع على مساعدة العميل على استخدام التعبيرات التغلبية عندما يكون قلقاً . ويشجع الأزواج من ناحية ليكونوا صبورين فى ضوء حقيقة أن تقدم العميل يمكن أن يكون غير منتظم . ويطلب من العميل والزوج استخدام مقياس تقديرات من صفر إلى ٨ للتواصل بينهما ، حول المستوى الراهن لقلق وكدر العميل ، كطريقة لمنع الإرتباك المزعج المتعلق بمناقشة القلق ، فى المواقف العامة على وجه الخصوص . ويحذر العملاء من الميل لتجنب مناقشة مشاعرهم مع أزواجهم ، سواء بسبب الإحراج أو كمحاولة لتجنب قلقهم من الخوف أن مناقشتهم لأزواجهم والتركيز على القلق ، يمكن أن يؤدى لزيادة مستوى كدرهم .

ولا يشجع تجنب المشاعر طالما أن تشتيتها أقل تحقيقاً للفائدة على المدى البعيد من المواجهة المباشرة لها . ويعاد التأكيد للعملاء أن الإحساس الأولى بعدم

الراحة والإحراج غالباً ما سينخفض مع زيادة آلفة الزوج بمناقشة مستويات القلق وطرق التحكم فيه . يضاف إلى ذلك أن انشغال العملاء بكون أزواجهم غير حساسين للمشكلة أو شديدى الضغط عليهم ، أمور يتعين مناقشتها . مثال ذلك أن زوجاً قد يفترض أنه يعرف مستوى قلق العميل وأفكاره القلقة دون تأكيد من العميل ، أو قد يكون الزوج غاضباً من العميل لتجنبه أو هربه من مواقف معينة أو كونه خائفاً .

وتناقش كل هذه القضايا باعتبارها أنماطاً شائعة نسبياً ومفهومة لمشكلات التواصل . ولكنها تحتاج على الرغم من ذلك لتصحيحها . ويعد لعب الأدوار فى الجلسة لأكثر أنماط التواصل توافقية ، خلال نوبات القلق المرتفع من أكثر أساليب التعلم فائدة ، خاصة عندما يقدم مع مشاركة المعالج بالنمذجة للزوج . وأحياناً ما يكون المزيد من التدريب على التواصل مفيداً ، لا سيما فى حالة الزوجين الذين يتجادلان كثيراً فى محاولاتهم لوضع بنود التعرض الحى أو طرق القيام به .

وحيث إن المنحى التدرجى أُختير لجين ، فقد كانت الخطوة الأولى هى وضع مدرج المهام الموقفية . وقد تراوحت البنود بين متوسطة الإثارة للكدر وشديدة التكدير (رتبت على مقياس للمخاوف/أو التجنب من صفر إلى ٨) ، وتمت صياغة كل بند بدقة شديدة للإقلال من الارتباك عند ممارسة التدريب . ويوضح جدول (٦ – ١) مدرج جين .

جدول (٦ – ١) : مدرج جين للتعرض الموقفى .

البنـــــــد	مستوى القلق صفر إلى ٨
قيادة السيارة عائدة إلى البيت من العمل وقت الغروب .	٣
الجلوس فى صف متوسط بجوار ممشي دار عرض مزدحمة مع الزوج.	٣
الجلوس في صف متوسط في دار عرض مزدحمة مع الزوج .	٤
القيادة عبر مخرجين في الطريق السريع ، والزوج يتبعها في سيارة أخرى .	٥
القيادة عبر مخرجين في طريق سريع بمفردها .	٦
القيادة عبر أربعة مخارج في طريق سريع ، ومقابلة الزوج في نهاية المسافة	٧

وقامت جين ولارى ببروفة تدريبية لطريقة عملها فى المهمة الأولى (الجلوس فى صف متوسط بجوار الممشى فى دار عرض مزدحمة) خلال الجلسة، بينما قام المعالج بتقديم عائد تصحيحى مستخدماً مبادىء التواصل والتغلب التى سبق وصفها ، وقد طلب منهما ممارسة هذه المهمة ثلاث مرات على الأقل على امتداد الأسبوع التالى . وقامت جين فى مرة واحدة على الأقل – بالتدريب على هذه المهمة بمفردها .

الجلسات من ١٢- ١٥:

يتم فى كل جلسة من الجلسات المتبقية مراجعة تمارين التعرض الموقفى ، وتقديم عائد كلما كان ذلك ملائماً حول إعادة تنظيم البنية المعرفية ، أو التدريب الذى يتولاه الزوج ، وعمل بروفات للتمرين على المهام الجديدة للأسبوع التالى .

وتتضمن الموضوعات التى تغطى بصفة عامة المكونات المعرفية حول مخاطر معينة لم يسبق تحديدها . مثال ذلك أن جين قررت أنها كانت خائفة أثناء تدريباتها فى قاعة السينما من الخروج من القاعة ، والتسبب فى إفساد متعة مشاهدى الفيلم . وقد حددت هذه الفكرة باعتبارها مبالغة فى التقييم وخطأ كارثى فى التفكير . وتتضمن بعض القضايا الأخرى التحكم فى إلحاح الهرب فى أوقات القلق المرتفع .

وينظر إلى الانسحاب من الموقف (كالذهاب إلى حجرة انتظار للتخلص من ازدحام مطعم) على أنه سلوك ملائم إذا ما استخدم لإعادة التنظيم المعرفى وتبعه عودة إلى الموقف . وقد ذكرت جين فى الجلسة الثالثة عشرة أنها فشلت ؛ لأنها انحرفت إلى جانب الطريق أثناء تمريناتها على القيادة وانتظرت حضور لارى ليصحبها . وقد أكد لها المعالج أن الصعوبات فى أى مهمة من مهام التعرض لا تمثل فشلاً ، ولكنها تعبر عن وجود ميكانيزمات للخوف من الموقف المعين . وقد أعاد المعالج عمل بروفة تدريبية مع جين لبيان طريقة استخدام فترات الراحة من مهمة لتقييم ما الذى حدث خلالها ، ولتعيد تنظيم معارفها ، ولتستعد للعودة لمواصلة المهمة ، وأخيراً لتأكيد أهمية الاحتفاظ بوعى موضوعى للسياق الموقفى وردود الفعل .

وبهذه الطريقة يتم إدماج التعرض الباطنى الذى تم فى الجلسات المبكرة ، مما يعنى تشجيع العملاء على مراقبة احساساتهم الجسمية بطريقة موضوعية أثناء

تدريبهم على المهام الموقفية ، بدلاً من الخوف منها . ويلاحظ أن تعبيرات ، مثل : «أرجو ألا أعانى من مشاعر الدوار هذه أثناء ممارستى القيادة على الطريق السريع» تعبر عن تعرض غير مكتمل .

وتمت جدولة الجلسات القليلة الأخيرة فى هذا البرنامج بواقع جلستين أسبوعيّاً ؛ بهدف تعزيز تعميم موقف العلاج . ويتم فى الجلسة الأخيرة مراجعة كل المبادىء والمهارات المتعلمة ، ويزود العميل بمطبوعة لأساليب التغلب على مواقف المخاطر المحتملة مستقبلاً . وقد أنهت جين هذا البرنامج فى ١٥ جلسة ، ومع نهاية الوقت لم تتعرض لنوبة هلع خلال ثمانية أسابيع ، ونادراً ما عانت من الدوار ، أو مشاعر عدم الواقعية ، وأصبحت تقود سيارتها لمسافات أبعد ، غير أنه مازالت هناك بعض المواقف التى تحتاج لتمرينات تعرض (مثل : السفر لمسافات طويلة بعيداً عن منزلها ، والقيادة فى الطرق السريعة بعد الغروب) . وقد وافق جين ولارى ، على الرغم من ذلك ، على الاستمرار فى تمرينات التعرض الموقفى ، على امتداد الشهور القليلة التالية ؛ لكى يعززان من تعلمها ولمواصلة تحسنها .

خلاصة

كما سبق الإشارة مبكراً فى هذا الفصل ، فإن العلاج المعرفى السلوكى للهلع ومخاوف الأماكن المفتوحة فعال بقدر كبير ، وهو يمثل إحدى قصص النجاح للتطورات العلاجية النفسية . ويتخلص ما بين ٨٠٪ إلى ١٠٠٪ من المرضى الذين يحصلون على هذا العلاج من الهلع بنهاية العلاج . وقد دامت هذه المكاسب على امتداد عامين على الأقل من المتابعة . وقد شفى تماماً ما بين ٥٠٪ إلى ٨٠٪ من هؤلاء المرضى . والكثيرون من النسبة المتبقية لديهم أعراض متبقية وعلى الرغم من ذلك ، علينا ألا نقع فى وهم التفكير أن لدينا الإجابات عن اضطراب الهلع ، وأننا نستطيع أن نتحرك منها إلى بعض المشكلات الرئيسية الصعبة .

فأولاً . . . مازالت هناك حقيقة أن هذه العلاجات ليست كاملة ، وكما سبق الإشارة فإن عدداً كبيراً يصل إلى نحو ٥٠٪ من المرضى يعانون من اضطراب الهلع أو مخاوف الأماكن المفتوحة ، يستبقون بعض الأعراض الأساسية، على الرغم من التحسن المبدئى . ويتعين أن تحدد البحوث التالية

كيفية تحسين العلاجات ، أو كيف يمكن تفصيلها بصورة أفضل على الأفراد لتخفيف المعاناة المستمرة . مثال ذلك أن أحدنا (ديڤيد بارلو) مستمر فى مقابلة عميل ، أتم البرنامج العلاجى الأساسى منذ أربعة أعوام مضت . وكان هذا العميل فى حالة أفضل منذ تسعة أشعر تقريباً – ولكنه وجد نفسه ينتكس خلال فترة اتسمت بتوترات فى العمل على وجه الخصوص . وقد أدت عدة جلسات تعزيزة إلى استرداده أدائه الجيد ، ولكنه عاد مرة أخرى إلى العيادة بعد ذلك بستة أشهر بأعراض طارئة ملحة .

وقد استمر هذا النمط جوهرياً طوال أربعة أعوام ، واتسم بفترات تخلو من الأعراض تليها (على ما يبدو) انتكاسات ذات علاقة بالتوتر . يضاف إلى ذلك أن حالات اضطراب الهلع الطارئة تستمر فى بعض الحالات لفترة تتراوح بين ٣ إلى ٦ شهور قبل أن تختفى مرة أخرى ، ربما بمساعدة الجلسات التعزيزية .

وبينما تبدو هذه الحالة غير معتادة فى خبرتنا ، إلا أنه لا يوجد تفسير سهل لهذا النمط من الانتكاسات والشفاء . ويفهم هذا العميل الذى يحمل درجة الدكتوراة النموذج العلاجى المستخدم ويتقبله ، ويطبق البرنامج العلاجى كاملاً ، ولا يوجد أى شك فى فهمه لطبيعة القلق والهلع وتعقيدات الاستراتيجيات العلاجية . ويستطيع أثناء وجوده فى العيادة أن يسرد فصولاً وأقوالاً مطولة حول طبيعة هذه الحالات الانفعالية ، وتفاصيل ردود أفعاله عندما تنتابه هذه الحالات .

وعلى الرغم من ذلك ، فعندما يكون بعيداً عن العيادة – فإنه يجد نفسه يكرر الأمل «ألا يذهب إلى هذا المدى أثناء الهلع» ، على الرغم من تعبيره الواضح عن عدم عقلانية هذا المفهوم عندما يكون فى العيادة . يضاف إلى ذلك أنه مستمر فى محاولة الإقلال من الأعراض الفسيولوجية الصغرى المرتبطة بالقلق والهلع ، على الرغم من فهمه العقلانى الكامل لطبيعة هذه الأعراض بما فى ذلك حقيقة أنها الأعراض ذاتها التى يشعر بها أثناء حالات الاستثارة التى يستمتع بها . كما أن تحمله المحدود لهذه الإحساسات الجسمية من الأمور المحيرة فى ضوء إمكاناته الضخمة على تحمل الألم (لا يستخدم أى تخدير أثناء علاج أسنانه على سبيل المثال) .

وقد يكون هناك عدد غير محدد من العوامل المسئولة عما يبدو أنه «تصورات ذات قيمة مبالغ فيها» أو أفكار متمكنة شديدة القوة خلال فترات الألم ،

بما فى ذلك حقيقة أن العميل لديه عدد من الإخوة الذين تكرر دخولهم المستشفى ؛ نتيجة لمعاناتهم من اضطرابات انفعالية أو اضطراب الفصام الوجدانى . وعلى الرغم من ذلك تظل حقيقة أننا لا نعرف لماذا لا يستجيب معظم الناس .

ويبدو أن بعض العملاء ، كما سبق أن ألمحنا ، غير مهتمين بالمشاركة فى العلاج مفضلين صياغة مشكلاتهم باعتبارها عدم توازن كيميائى ، كما يظل هناك أخرون لديهم صعوبة فى تفهم الاستراتيجيات المعرفية ، بالإضافة إلى الحاجة لمحاولات أخرى لجعل هذه العلاجات تتقبل بترحيب .

وقد يبدو أيضاً أن هذا البرنامج المحدد للعلاج يطبق بطريقة شديدة التقنين لكل الأفراد ، وهو أمر لا يوجد ما هو أبعد منه عن الصواب . فالفن الأكلينيكى المقدم هنا ، وفى كل أساليب العلاج الواردة فى هذا الكتاب ، يتطلب تعديلات دقيقة لهذه الاستراتيجيات العلاجية للحالة الفردية . وكان الكثير من أعراض جين يدور حول مشاعرها بعدم الواقعية(١) وعدم التشخص(٢) . وكانت التفسيرات العقلانية لظهور هذه المشاعر ، وكذلك تعديل التمارين المعرفية والتعرضية بهدف تجسيم هذه الإحساسات جزءاً مهمّاً من هذا البرنامج العلاجى .

وعلى الرغم من أن تمارين التعرض الباطنى المعيارية تبدو كافية لإحداث هذه الأعراض فى حالة جين ، إلا أن علينا أن نطور الآن إجراءات جديدة للتعامل مع الأشخاص ذوى مشاعر عدم الواقعية الحادة . ومن المثير للشغف أن بعض هذه الإجراءات يتضمن التحديق فى مرآة لبرهة أو التحديق فى نقطة على الحائط . وسيكون مطلوباً من المعالجين الأفراد بعض الابتكارات الأخرى فى كل من الإجراءات المعرفية والسلوكية خلال تطبيقهم لها .

وأخيراً ، وعلى الرغم من أن هذه الأساليب العلاجية تبدو ناجحة بدرجة كبيرة عند تطبيق معالج مدرب لها ، فإن هذا العلاج غير متاح لكل الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات . والحقيقة أنه بينما نجد أن هذه الأساليب العلاجية قصيرة وذات بنية جيدة ، إلا أنها صعبة التطبيق للغاية مقارنة بالعلاجات الدوائية على سبيل المثال (والتى عادة ما يساء تطبيقها هى الأخرى) .

يضاف إلى ذلك أن هناك عدداً قليلاً مدرباً على تطبيق هذه الأساليب العلاجية . وما يبدو أن هناك حاجة إليه فى هذا العلاج ، ولبقية العلاجات

النفسية الأخرى ، هو تطوير طريقة جديدة لنشرها ؛ بحيث تصل إلى أكبر عدد من العملاء .

ويبدو أن الخطوات المهمة للإفادة الناجحة من هذه الأساليب العلاجية تتضمن تعديل هذه البرامج العلاجية لتكون مقبولة ، بالإضافة إلى فترات تدريب قصيرة للمعالجين المؤهلين للحصول على شهادة . إلا أن هذه أمور يصعب تحقيقها .

وأخيراً سيكون من الضرورى العمل لبناء صلة بين هذه الأساليب العلاجية والمناحى العلاجية ذات الشعبية .

وهنا يحدث التطابق بين العميل والعلاج والفحوص الخاصة بالتأثيرات المتبادلة بين هذه العلاجات فى ضوء حقيقة أن عديداً من الأشخاص من أصحاب اضطراب الهلع الذين يعالجون بالعقاقير ، سيكونون موضوع البرامج المخططة للبحوث فى المستقبل القريب .

REFERENCES

Agres, W. S., Leitenberg, H., & Barlow, D. H. (1968). Social reinforcement in the modifcation of agoraphobia. *Archives of General Psychiatry, 19*, 423-421.

Agras, W. S., Telch, M. J., Taylor, C. B., Roth, W. T., & Brouillard, M. (in press). Imipramine and exposure therapy in agoraphobia: The type of exposure may matter. *Behavior Therapy.*

Alneas, R., & Torgersen, S. (1990). DSM-III personality disorders among patients with major depression, anxiety disorders, and mixed conditions. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178*, 693-698.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and ststiscal manual for mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3/1/93.* Washington, DC: Author.

Antony, M., Brown, T. A., Craske, M. G., Barlow, D. H., Mitchell, W. B., & Meadows, E. (1993). *Accurancy of heart beat preception in panic disorder, social phobic, and nonanxious subjects.* Manuscript submitted for publication.

Arnow, B. A., Taylor, C. B., Agras, W. S., & Telch, M. J. (1985). Enhancing agoraphobia treatment outcome by changing couple communication patterns. *Behavior Therapy, 16*, 452-467.

Arntz, L., & Arntz, A. (1992, June). *Do personality disorders influence the result of cognitive-behavioral therapies for panic disorder* ? Paper presented at World congress of Cognitive Therapy, Toronto, Canada.

Arrindell, W., & Emmelkamp, P. (1987). Psychological states and traits in female agoraphobics: A controlled study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 9*, 237-253.

Azrin, N., Naster, B., & Jones, R. (1973). Reciprocity counsellin : A rapid learning-based procedure for marital counselling. *Behaviour Research and Therapy, 11*, 365-382.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.

Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research, 1*, 77-98.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic.* New York: Guilford Press.

Barlow, D. H. (1991). Disorders of emotion. *Psychological Inquiry, 2*, 58-71.

Barlow, D. H., Cohen, A., Waddell, M., Vermilyea, J., Klosko, J., Blanchard, E., & DiNardo, P. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and

treatment. *Behavior Therapy, 15,* 431-449.

Barlow, D. H., & Craske, M. G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic.* Albany, NY: Graywind.

Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy, 20,* 261-282.

Barlow, D. H., O'Brien, G. T., & Last, C. G. (1984). Couples treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy, 15,* 41-58.

Barlow, D. H., O'Brien, G. T., Last, C. G., & Holden, A. (1983). Couples treatment of agoraphobia: Initial outcome. In K. D. Craig and R. J. McMahon (Eds.), *Advances in clinical behavior therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Barlow, D. H., Vermilyea, J., Blanchard, E., Vermilyea, B., DiNardo, P., & Cerny, J. (1985). Phenomenon of panic. *Journal of Abnormal Psychology, 94,* 320-328.

Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and theorapy. In S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Pschological perspectives.* hillsdale, NJ: Elbaum.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psycho-metric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,*893-897.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Bland, K., & Hallam, R. (1981). Relationship between response to graded exposure and matrial satisfaction in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy, 19,* 335.-338.

Bonn, J. A., Harrison, J., & Rees, W. (1971). Lactate-induced anxiety: Therapeutic application. *British Journal of Psychiatry, 119,* 468-470.

Borkovec, T. (1976). Physiological and cognitive processes in the regulation of anxiety. In G. Schwartz & D. Shapiro (Eds.), *Conciousness and self-regulation : Advances in research* (vol.1). New York : Plenum Press.

Borkovec, T., Weerts, T., & Bernstein, D. (1977). Assessment of anxiety. In A. Ciminero, K. Calhoun, & H. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment.* New York: Wiley.

Bouton, M. (1988). Context and ambiguity in the extinction of emotional learning: Implications for exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy, 26,* 137-149.

Bouton, M. & Swartzentruber, D. (1991). Sources of relapse after extinction in pavlovian conditioning and instrumental conditioning. *Behavioral Neuroscience, 104,* 44-55.

Breier, A., Charney, D. S., & Heninger, G. R. (1986). Agoraphobia with panic attacks. *Archives of General Psychiatry, 43,* 1029-1036.

Brown, T. A., Rapee, R. M., Antony, M., & Barlow, D. H. (1990, November). *Patterns of responding to hyperventilation and carbon dioxide inhalation following behavioral treatment of panic disorder.* Paper presented at Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Francisco, CA.

Buglass, P., Clarke, J., Henderson, A., & Presley, A. (1977). A study of agoraphobic housewives. *Psychological Medicine, 7,* 73-86.

Burns, L. E., Thorpe, G. L., & Cavallaro, L. A. (1986). Agoraphobia eight years after behavioral treatment: A follow-up study with interview, self-report, and behavioral data. *Behavior Therapy, 17,* 580-591.

Cerny, J. A., Barlow, D. H., Craske, M. G., & Himadi, W. G. (1987). Couples treatment of agoraphobia: A two-year follow-up. *Behavior Therapy, 18,* 401-415.

Chambless, D. L. (1989, November). *Spacing of exposure sessions in the treatment of phobia.* Poster presented at 22nd annual Associotion for the advancement of Behavior Therapy convention, New York, NY.

Chambless, D. L., Caputo, G., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphic Cognitions Questionnaire. *Jounal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 1090-1097.

Chambless, D. L., Caputo, G., Gracely, S., Jasin, E., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 23,* 35-44.

Chambless, D. L., & Renneberg, B. (1988, September). *Personality disorders of agoraphobics.* Paper Presented at world Congress of Behavior Therapy, Edinburgh, Scotland.

Chaplin, E. W., & Levine, B. A. (1981). The effects of total exposure duration and interrupted versus continued exposure in flooding therapy. *Behavior Therapy, 12,* 360-368.

Clark, D., Salkovskis, P., & Chalkley, A. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16,* 23-30.

Clark, D. M., Salkovskis, P., Gelder, M., Koehler, C., Martin, M., Anastasiades P., Hackmann, A., Middleton, H., & Jeavons, A. (1988). Tests of a cognitive theory of panic. In I. Hand & H. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias II.* Berlin, Germany: Springer-Verlag.

Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades P., & Gelder, M. (1992). *A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder.* Manuscript submitted for publication.

Cohen, S. D., Monteiro, W., & Marks, I. M. (1984). Two-year follow-up of agoraphobics af-

ter exposure and imipramine. *British Journal of Psychiatry, 144,* 276-281.

Costello, C. (1992). Problems in recent tests of two cognitive theories of panic. *Behaviour Research and Therapy, 30,* 1-5.

Craske, M. G. (1991). Phobic fear and panic attacks: The same emotional state triggered by different cues? *Clinical psychology Review, 11,* 599-620.

Craske, M. G., & Balrow, D. H. (1988). A review of the relationship between Panic and avoidance. *Clinical Psychology Review, 8,* 667-685.

Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up. *Behavior Therapy, 22,* 289-304.

Craske, M. G., Miller, P. P., Rotunda, R., & Barlow, D. H. (1990). A descriptive rport of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoiders. *Behaviour Research and Therapy, 28,* 395-400.

Craske, M. G., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1988). The significance of panic expectancy for individual patterns of avoidance. *Behavior Therapy, 19,* 577-592.

Craske, M. G., Street, L., & Barlow, D. H. (1989). Instructions to focus upon or distract form internal Cues during exposure treatment for agoraphobic avoidance. *Behaviour Research and Therapy, 27,* 663-672.

Crowe, R. R., Noyes, R., Pauls, D. L., & Slymen, D. J. (1983). A family study of panic disorder. *Archives of Gemeral Psychiatry, 40,* 1065-1069.

de Ruiter, C., Rijken, H., Garssen, B., & Kraaimaat, F. (1989). Breathing retraining, exposure and a combination of both, in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 27,* 647-656.

Desilva, P., & Rachman, S. J. (1984). Does escape be havior strengthen agoraphobic avoidance? A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy, 22,* 87-91.

Dewey, D., & Hunsley, J. (1989). The effects of marital adjustment and spouse involvement on the behavioral treatment of agoraphobia: A meta-analytic review. *Anxiety Research* .

DiNardo, P., & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R).* Albany, NY: Graywind Publications.

DiNardo, P. A., Moras, K., Barlwo, D. H., Rapee, R. M. & Brown, T. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories using the Anxiety Disorders Inteview Schedule-Revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry, 50,* 251-256.

Ehlers, A., & Breuer, P. (1992). Increased cardiac awareness in panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 371-382.

Ehlers, A., & Margraf, J. (1989). The psychophysiological model

of panic attacks. In P. M. G. Emmelkamp (Ed.), *Anxiety disorders: Annual series of European research in behavior therapy.* (Vol. 4). Amsterdam: Swets.

Ehlers, A., Taylor, B., Margraf, J., Roth, W., & Birnbaumer, R. (1988). Anxiety induced by false heart rate feedback in patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 26,* 2-11.

Emmelkamp, P. (1980). Agoraphobic's interpersonal problems. *Archives of General Psychiatry, 37,* 1303-1306.

Emmelkamp, P. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders; Theory, research, and practice.* New York: Plenum Press.

Emmelkamp, P. M. G., & Ultee, K. A. (1974). A comparison of "successive approximation" and "self-observation" in the treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy, 5,* 606-613.

Emmelkamp, P. M. G., & Wessels, H. (1975). Flooding in imagination vs. flooding in vivo: A comparison with agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy, 13,* 7-15.

Feigenbaum, W. (1988). Long-term efficacy of ungraded versus graded massed exposure in agoraphobics. In I. Hand & H. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias: Treatments and variables affecting course and outcome.* Berlin, Germany: Springer-Verlage.

Foa, E. B., Jameson, J. S., Turner, R. M., & Payne, L. L. (1980). Massed vs. spaced exposure sessions in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 18,* 333-338.

Foa, E. B., & Kozak, M. S. (1986). Emotional Processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99,* 20-35.

Fry, W. (1962). The marital context of an anxiety syndrome. *Family Process, 1,* 245-252.

Garssen, B., de Ruiter, C., & van Dyck, R. (1992). Breathing retraining: A rational placebo? Clinical Psychology Review, 12, 141-153.

Gitlin, B. Martin, M., Shear, K., Frances, A., Ball, G., & Josephson, S. (1985). Behavior therapy for panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 173,* 742-743.

Ghosh, A., & Marks, I. M. (1987). Self-directed exposure for agoraphobia: A controlled trial. *Behavior therapy, 18,* 3-16.

Goldstein, A., & Chambless, D. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy, 9,* 47-59.

Gray, J. A. (1985). Issues in the neuropsychoogy of anxiety. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the asxiety disorders.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Grayon, J. B., Foa, E. B., & Steketee, G. (1982). Habituation dugging exposure treatment: Distraction versus attention-focusing. *Behaviour Research and Therapy, 20,* 323 - 328.

Griez, E., & van den Hout, M. A. (1986). CO_2 inhalation in the treatment of panic attacks. *Behaviour Research and Therapy, 24,* 145 - 150.

Hackmann, ., Clark, D., Salkovskis, P., Wells, A., & Gelder, M. (1992, June). *Making cognitive therapy for panic more efficient: Preliminary reullts with a four session version of the treatment.* Paper presented at World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, Canada.

Hafner, R. J. (1976). Fresh symptom emergence after intensive behavior therapy. *British Journal of Psychiatry, 129,* 378 - 383.

Hafner, R. J. (1984). Predicting the effects on husbands of behavior therapy for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy,* 22 217 - 226.

Hand, I., & Lamontagne, Y. (1976). The exacerbation of interpersonal problems after rapid phobia removal. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 13,* 405 - 411.

Haslam, M. T. (1974). The relationship between the effect of lactate infusion on anxiety states and their amelioration by carbon dioxide inhalation. *British Journal of Psychiatry, 125,* 88 - 90.

Hibbert, G., & Chan, M. (1989). Respiratory control: Its contribution to the treatment of panic attacks. *British Journal of Psychiatry, 154,* 232 - 236.

Hibbert, G., & Pilsbury, D. (1988). Hyperventilation in panic attacks: Ambulatory monitoring og transcutaneous carbon dioxide. *British Journal of Psychiatry, 153,* 76 - 80.

Himadi, W., Cerny, J., Barlow, D., Cohen, S., & O'Brien, G. (1986). The relationship of marital adjustment to agoraphobia treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy, 24,* 107 - 115.

Holden, A. E. O., O'Brien, G. T., Barlow, D. H., Stetson, D., & Infantino, A. (1983). Self-help manual for agoraphobia: A preliminary report of effectiveness. *Behaviour Therapy, 14,* 545 - 556.

Holt, P., & Andrews, G. (1989). Hyperventilation and anxiety in panic disorder, agoraphobia and generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 27,* 453 - 460.

Hornsveld, H., Garssen, B., Fiedeldij Dop, M., & van Spiegel, P. (1990). Symptom reporting during voluntary hyperventilation and mental load: Implications for diagnosing hyperventilation syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 34,* 687 - 697.

Jacbon, N. S., Wilson, L., & Tupper, C. (1988). The clinical significance of treatment gains resulting from exposure-based interventions for agoraphobia: A reanalysis of outcome data. *Behavior Therapy, 19,* 539 - 554.

Jannoun, L., Munby, M., Catalan, J., & Gelder, M. (1980). A home-based treatment program for agoraphobia : Replication and controlled evaluation. *Behavior Therapy, 11,* 294 - 305.

Jansson, L., Jerremalm, A., & Ost, L. G. (1986). Follow-up of agoraphobic patients treaed with exposure in vivo or applied relaxation *British Journal of Psychoatry, 149,* 486 - 490.

Jansson, L., & Ots, L. G. (1982). Behavioral treatments for agoraphobia: An evaluative review. *Clinical Psychology Review, 2,* 311 - 336.

Klosko, J. s., Barlow, D. H., Tassinari, R. & Cerny, J. A. (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 77 - 84.

Kraft. A. R., & Hoogduin, C. A. (1984). The hyperventilation syndrome: A pilot study of the effectiveness of treatment *.British Journal of Psychiatry, 154,* 538 - 542.

Mannuzza, S., Fyer, A. J., Martin, L. Y., Gallops, M. S., Endicott, J., Gorman, J., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1989) Reliability of anxiety assessment: 1. Diagnostic agreement. *Archives of General Psychiatry 46,* 1093 - 1101.

Margraf, J. (1989, June). *Comparative efficacy of cognitive, exposure, and combined treatments for panic disorder.* Paper presented at the annual meeting of the European Association for Behavior Therapy, Vienna.

Margraf, J., Taylor, C. B., Ehlers, A., Roth, W. T., & Agras, W. S. (1987). Panic attacks in the natural environment. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175,* 558 - 565.

Marks, I. M. (1971). Phobic disorders four years after treatment: A prospective follow-up. *British Journal of Psychiatry, 118,* 683 - 686.

Marks, I. M. (1987). *Living woth fear.* New York: McGraw-Hill.

Marks, I., Grey, S., Cohen, S. D., Hill, R., Mawson, D., Ramm, E., & Stern, R. (1983). Imipramine and brief therapist-aided exposure in agoraphobics having self-exposure homework: A controlled trial. *Archives of General Psychiatry, 40,* 153 - 162.

Marshall, W. L. (1985). The effects of variable exposure in flooding therapy. *Behavior Therapy, 16,* 117 - 135.

Mavissakalian, M., & Hamman, M. (1986). DSM-III personality disorder in agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry, 27,* 471 - 479.

Mavissakalian, M., & Hamman, M. (1987). DSM-III personality disordr in agoraphobia. II Changes with treatment. *Comprehensive Psychiatry, 28,* 356 - 361.

Mavissakalian, M., & Michelson, L. (1986). Two-year follow-up of exposure and imipramine treatment of agoraphobia. *American Journal of Psychiatry, 143,* 1106 - 1112.

Mavissakalian, M., & Michelson, L., & Dealy, R. (1983). Pharmacological treatment of agoraphobia: Imipramine versus imipramine with programmed

practice. *British Journal of Psychiatry, 143,* 348 - 355.

McNally, R., & Lorenz, M. (1987). *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 18,* 3 - 11.

McNamee, G., O'Sullivan, G., Lelliott, P., & Marks, I. M (1989). Telephone-guided treatment for house-bound agoraphobics with panic disorder: Exposure vs. relaxation. *Behavior Therapy, 20,* 491 - 497.

Michelson, L., Mavassakalian, M., & Marchione, K. (1985). Cognitive and behavioral treatments of agoraphobia: Clinical, behavioral and psychophysiological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,* 913 - 925.

Michelson, L., Mavassakalian, M., & Marchione, K., & Ulrich, R., Marchione, N., & Testa, S. (1990). Psychphysiologyical outcome of cognitive, behavioral, and psychophsiologically based treatments of agorphobia. *Behaviour Research and Therapy, 28,* 127 - 139.

Milton, F., & Hafner, J. (1979). The outcome of behavior therapy for agoraphobia in relation to marital adjustment. *Archives of General Psychiatry, 36,* 807 - 811.

Moran, C., & Andrews, G. (1985). The familial occurrence of agoraphobia. *British Journal of Psychiatry, 146,* 262 - 267.

Munby, J., & Johnston, D. W. (1980). Agoraphobia: The long-term follow-up of behavioural treatment. *British Journal of Psychiatry, 137,* 418 - 427.

Myers, J., Weissman, M., Tischler, C., Holzer, C., Orvaschel, H., Anthony, J., Boyd, J., Burke, J., Kramer, M., & Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry, 41,* 959 - 967.

Norton, G., Dorward, J., & Cox, B. (1986). Factors associated with panic attacks in nonclinical subjects. *Behavior Therapy, 17,* 239 - 252.

Noyes, R., Crowe, R. R., Harris, E. L., Hamra, B. J., McChesney, C. M., & Chaudhry, D. R. (1986). Relationship between panic disorder and agoraphobia: A family study. *Archives of General Psychiatry, 43,* 227 - 232.

Noyes, R., Reich, J., Suelzer, M., & Christiansen, J. (1991). Personality traits associated with panic disorder: Change associated with treatment. *Comprehensive Psychiatry, 32,* 282 - 294.

Ost, L. G. (1988). Applied relaxation vs. progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 26,* 13 - 22.

Ost, L. G., & Westling, B. (1992, June). *Applied relaxation versus cognitive therapy in panic disorder: Immediate response versus long-term outcome.* Paper presented at World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, Canada.

Pollard, C. A., Pollard, H. J., & Corn, K. J. (1989). Panic onset and major events in the lives of

agoraphobics: A test of contiguity. *Journal of Abnormal Psychology, 98,* 318 - 321.

Rachman, S. J. (1984). Agoraphobia: A safety-signal perspective. *Behaviour Research and Therapy, 22,* 59 - 70.

Rachman, S. J., & Bichard, S. (1988). The overprediction of fear. *Clinical Psychology Review, 8,* 303 - 312.

Rachman, S. J., Craske, M. G., Tallman, K., & Solyom, C. (1986). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A replication. *Behaviour Therapy, 17,* 336 - 384.

Rapee, R. M. (1985). A case of panic disorder treated with breathing retraining. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16,* 63 - 65.

Rapee, R. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1990). Subject described features of panic attacks using a new self- monitoring form. *Journal of Anxiety Disorders, 4,* 171 - 181.

Rapee, R. M., Litwin, E. M., & Barlow, D. H. (1990). Impact of life events on subjects with panic disorder and on comparison subjects. *American Journal of Psychiatry, 147,* 640 - 644.

Rapee, R. M., Mattick, R., & Murrell, E. (1986). Cognitive mediation in the affective component of spontaneous panic attcks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 17,* 245 - 253.

Razran, G. (1961). The observable unconscious and the inferable conscious in current soviet psychophsiology: Interoceptive conditioning, semantic conditioning, and the orienting reflex. *Psychological Review, 68,* 81 - 147.

Reich, J., Noyes, R., & Troughton, E. (1987). Dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. *American Journal of psychiatry, 144,* 323 - 326.

Reiss, S., Peterson, R., Gursky, D., & McNally, R. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy. 24,* 1 - 8.

Rice, K. M., & Blanchard, E. B. (1982). Biofeedbachk in the treatment of anxiety disorders. *Clinical Psychology Review, 2,* 557 - 577.

Roy-Byrne, P. P., Geraci, M., & Uhde, T. W. (1986). Life events and the onset of panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 143,* 1424 - 1427.

Rupert, P. A., Dobbins, K., & Mathew, R. J. (1981). EMG biofeedback and relaxation instructions in the treatment of chronic anxiety. *American Journal of Clinical Biofeedback, 4,* 52 - 61.

Salkovskis, P., Clark, D., & Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy, 29,* 161 - 166.

Salkovskis, P., Warwick, H., Clark,

D., & Wessels, D. (1986). A demonstration of acute hyperventilation during naturally occurring panic attacks. *Behaviour Research and Therapy, 24,* 91 - 94.

Sanderson, W. S., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% carbon dioxide enriched air. *Archives of General Psychiatry, 48,* 157 - 162.

Sanderson, W. C., DiNardo. P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R Anxiety Disorser. *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 308 - 312.

Sartory, G., Masters, D., & Rachman, S. J. (1989). Safetysignal therapy in agoraphobics: A preliminary test. *Behaviour Research and Therapy, 27,* 205 - 209.

Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38,* 15 - 38.

Spielberger, C.. Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G., (1983). *Manual for the State- Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Stern, R. S., & Marks, I. M. (1973). Brief and prolonged flooding: A comparison of agoraphobic patients. *Archives of General Psychiatry, 28,* 270 - 276.

Telch, M. J. Agras, W. S., Taylor, C. B., Roth, W. T., & Gallen, C. (1985). Combined pharmacological and behavioral treatment for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 21,* 505 - 527.

Telch, M. J., Lucas, J. A., & Nelson, P. (1989). Nonclinical panic in college students: An investigation of prevalence and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology, 98,* 300 - 306.

Telch, M. J., Sherman, M., & Lucas, J. (1989). Anxiety sensitivity: Unitary personality trait of domain specific appraisals? *Journal of Anxiety Disorders, 3,* 25 - 32.

Thyer, B. A., Himle, J., Curtis, G. C., Cameron, O. G., & Nesse, R. M. (1985). A comparison of panic disorder and agoraphobia with panic attacks. *Comprehensive Psychiatry, 26,* 208 - 214.

Torgersen, S. (1983). Genetic fators in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry, 40,* 1085 - 1089.

van den Hout, M., & Arntz, A. (1992, June). *Cognitive therapy for panic disorders and agoraphobia: Anti-panic effets but no anti-agoraphobic effects. Results from two controlled trials.* Paper presented at World Congress of cognitive Therapy, Toronto, Canada.

van den Hout, van der Molen, Griez, & Lousberg, G. (1987). Specificity of interoceptive fear to panic disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 9,* 99 - 109.

Welkowitz, L., Papp, L., Cloitre, M.,

Liebowitz, M., Martin, L., & Gorman, J. (1991). Cognitive-behavior therapy for panic disorder delivered by psychopharmacoloically oriented clinicans. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179,* 473 - 477.

Williams, K. E., & Chambless, D. (1990). The relationship between therapist characteristics and outcome of in vivo exposure treatment for agoraphobia. *Behavior Therapy, 21,* 111 - 116.

Williams, S. L. (1988). Addressing misconceptions about phobia, anxiety, and self-efficacy: A reply to Marks. *Journal of Anxiety Disorders, 2,* 277 - 289.

Williams, S. L. Turner, S. M., & Peer, D. F. (1985). Guided mastery and performance desensitization treatments for severe acrophobia. *Journal of Consultng and Clinical Psychology, 53,* 237 - 247.

Williams, S. L., & Zane, G. (1989). Guided mastery and stimulus exposure treatments for severe performance anxiety in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy, 27,* 237 - 245.

Wolpe, J., & Rowan, V. (1988). Panic disorder: A product of classical conditioning. *Behaviour Research and Therapy, 26,* 441 - 450.

Zarate, R., Rapee, R. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1988). *Response norms for symptom induction procedures.* Poster presented at 22nd Annual Association for the Advancement of Behavior Therapy Convention, New York, NY.

Zitrin, C. M., Klein, D. F., & Woerner, M. G. (1980). Behavior therapy, supportive psychotherapy, imipramine, and phobias. *Archives of General Psychiatry, 37,* 63 - 72.

Zitrin, C. M., Klein, D. F., Woerner, M. G., & Ross, D. C. (1983). Treatment of phobias I. Comparison of imipramine hydrochloride and placebo. *Archives of General Psychiatry, 40,* 125 - 138.

الفصل الثانى

اضطراب الضغوط التالية للصدمة

الفصل الثانى

اضطراب الضغوط التالية للصدمة

كارو كالهون
Kareu S. Calhoun
جامعة جورجيا
اثوس

باتريشيا ريسك
Patricia Resick
جامعة ميسوري
سانت لويس

ترجمـة

دكتور مصطفى تركى

قسم علم النفس – جامعة الكويت

قد لا نجد أمثلة فى المرض النفسى الحاد أكثر مأساوية من اضطراب الضغوط التالية للصدمة الناجم عن الاغتصاب . ويعد حدوث الاغتصاب أكثر شيوعا مما كنا نعتقد من قبل ، ويمكن أن تستمر عواقبه الانفعالية مدى الحياة .

وفى هذا الفصل تصور حالة (سندى) Cindy المرض النفسى المرتبط باضطراب الضغوط التالية للصدمة بكل دقائقه ، وتمدنا بتقرير شخصى جداً وواضح لوطأة صدمة الاغتصاب . والأكثر أهمية، أن الجيل القادم من أساليب علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، والذى اصطلح المؤلفان عليه بعلاج العمليات المعرفية ، عُرض بتفصيل كاف ليسمح للممارسين واسعى الاطلاع أن يضمنوا هذا البرنامج العلاجى فى ممارساتهم . وهذا البرنامج العلاجى الشامل يراعى مميزات آخر التطورات فى معلوماتنا عن المرض النفسى الناجم عن تأثير الصدمة ، وذلك عندما يصبح جزءاً من خطة العلاج المعدة تحديداً لمواجهة المرض النفسى المرتبط بالصدمة .

د . هـ . ب

مقدمة :

ظهر مصطلح اضطراب الضغوط التالية للصدمة [١] فى الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والإحصائى للإضطرابات العقلية ، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى . وقد أشارت الطبعات السابقة لردود الفعل للضغوط بمصطلحات ، مثل : رد الفعل الواضح ، الاضطراب الموقفى العابر ، ولكن بدون تأييد بيانات إمبريقية أو معايير محددة . كصورة من إضطرابات القلق (ولم يعد يصنف كعصاب) ، فوصف دليل جمعية الطب النفسى الأمريكية الثالث لاضطراب الضغوط التالية للصدمة ، كان يقوم على أساس وجود بحوث إمبريقية، استمد معظمها من دراسات أجريت على الجنود فى الحرب . ولكن كان من المعترف به أن التعرض لصور أخرى من الصدمات يمكن أن يؤدى إلى أعراض مماثلة . وقد أدى هذا إلى التحول فى مجالات متباينة من البحث إلى الأنماط المختلفة للصدمة ، والذى نجم عن النمو السريع فى النظرية والعلاج . وأصبح أكثر قبولاً الآن أن نمط الصدمة (على الرغم من أن كل منها له ملامحه الفريدة) أقل أهمية من شدة الصدمة وردود فعل الفرد ، وقدرته على تحملها . وفى هذا الفصل سوف نركز على اضطراب الضغوط التالية للصدمة المتعلقة بالاغتصاب .

ومعايير اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، التى وردت فى الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية ، (*DSM-IV; 1993) الموضحة فى جدولى (١ و٢) تمثل تنقيحاً للطبعة الثالثة من الدليل ، وللطبعة الثالثة المنقحة (DSM-III-R;APA, 1987) .

وقد بنيت هذه المعايير على التقدم الذى حدث فى البحوث الحديثة ، وتتضمن التغيرات الكبرى استخدام مصطلح حدث صادم [٢] وما يستدعى ذلك من تهديد الحادث للحياة ، أو للصحة الجسمية للشخص أو للآخرين ، والاستجابة للحادث بالخوف الشديد ، أو العجز ، أو الرعب . إن شمول رد فعل الفرد للحادث

(*) معايير الطبعة الرابعة من الدليل التى رجعنا إليها هنا في هذا الفصل ، هي تلك التي كانت قد اعتمدت في صورتها النهائية من جماعة العمل لاضطرابات القلق في الدليل التشخيصي الرابع ، ولجماعة العمل في الدليل الرابع (APA, 1993) ، وهذه المعايير قد تكون موضع مراجعة قبل نشر الدليل الرابع .

(1) Post-Trumatic stress disorder (Ptsd)

(2) Traumatic event

– كما أظهرت نتائج البحوث – تعنى أن الخوف من الموت أو الإصابة يعد مؤشراً قوياً على أعراض إضطراب الضغوط التالية للصدمة ، وتبقى الخصائص الثلاث الكبرى للاضطراب (إعادة الخبرة ، والتجنب والخدر ، وزيادة الاستثارة) كما هي مع تغيير طفيف . وأصبح من المتفق عليه الآن أن المؤشرات [1] الداخلية أو الخارجية لها القدرة على إثارة إعادة الخبرة ، وتنتقل أنشطة رد الفعل الجسمي من قائمة المؤشرات على زيادة الاستثارة ، إلى قائمة إعادة الخبرة .

وقد استبقيت خاصية النوبة المتأخرة بالنسبة للحالات التى تظهر فيها الأعراض بعد أكثر من ٦ شهور من الصدمة . كما اسقط التمييز بين الحالة المزمنة – الحادة من الدليل التشخيصى الثالث المعدل، وأعيد تقديمها وتنقيحها وتحديد نقطة الاستمرار الفارقة عند ٣ شهور وليس ٦ شهور .

وظهر حديثاً فى الدليل التشخيصى الرابع اضطراب الضغوط الحاد ، لينطبق على رد الفعل الشديد السريع القصير المدى (أقل من ٤ أسابيع) للصدمة . وتركز المعايير على نمطين من الأعراض ، هما : ردود الفعل غير المترابطة والانفعالية ، والتى تحدث أثناء أو بعد الحادث الصادم مباشرة ، ومن المحتمل أن تنطبق معايير اضطراب الضغوط الحادة على ضحايا الاغتصاب ، وكثيرين من ضحايا الصدمات الأخرى ، وتعتبر ظاهرة إعادة الخبرة مثل استرجاع الأحداث والكوابيس ، من الأعراض المميزة لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة .

وغالبا ما تكون الكوابيس تكراراً دقيقاً لخبرة الصدمة ، أو للصدمة السابقة ، وللذكريات التى أثارتها حادثة جديدة . ويتصف إسترجاع الأحداث بالاستثارة الانفعالية والجسمية القوية ، والتى قد يشعر الفرد خلالها بعدم القدرة على الحركة وعدم الوعى بما يحيط به فى لحظتها . ويمكن أن توصف بأنها «كوابيس اليقظة» وغالباً ما يستطيع مثير مرتبط بالصدمة أن ينشط أو يثير إسترجاع الأحداث ، حتى وإن كانت صلته بالخبرة الصادمة غير واضحة . ومثال على ذلك إحدى ضحايا الاغتصاب التى لاتفهم لماذا لا تستطيع تحمل رائحة الورود ، وتتذكر مزهرية الورد فى الغرفة التى أعتدى عليها فيها . وتذكرت أنها فكرت فى نقطة واحدة أثناء الاعتداء عليها هى كيف كان وجودها (الورود) يبدو غير مناسب . وعندما لا تفهم الحالات أصل أعراضهن ، والتى غالبا ما تحدث بطريقة البداية

---

(1) Cues

المؤجلة ، فإن ذلك يقوى إدراكهن بأن الأعراض تتصف بأنها لا يمكن التنبؤ بها أو التحكم فيها .

وتتضمن أعراض التجنب الخدر الانفعالى ، وينظر إليها عادة كمحاولة للتحكم أو الحماية من التأثيرات السلبية والاستثارة المرتبطة بإعادة الخبرة ، ويمكن أن يكون سلوك التجنب متطرفا ، كما فى حالة ضحية الاغتصاب التى أصبحت تخاف من الأماكن الفسيحة ورفضت ترك منزلها لعدة سنوات ، والخدر الانفعالى غير مفهوم بما فيه الكفاية .

وقد وصف لتز Litz, (1992) الخدر الانفعالى بأنه : «معقد» ، ومشكلة تحددها عوامل متعددة ، وأفضل وصف له هو عجز انتقائى فى العملية الانفعالية، وهذا العجز الانفعالى يظهر أساساً أثناء الحالات المرضية ويتصف بأنه عرضى بطبيعته ، ويؤدى إلى استجابات متكافئة ونشاط زائد للأحداث السلبية» (p.429) . ويمكن أن يقترن – فى بعض الحالات – بالخوف من فقدان التحكم ، والخوف الذى يعزز ظهور انفجار الغضب الحاد (أعراض الاستثارة الزائدة) والتى يخبرها كثير من الضحايا . ومثل هذا الانفجار يكون أكثر ظهوراً فى الرجال الذين اشتركوا فى المعارك العسكرية من النساء اللاتى يعانين من اضطراب الضغوط التالية للصدمة . ومهما يكن ، فإنه ليس غير شائع كلية لدى النساء ، ولكنهن يكن أكثر خوفا عندما لا يكون متسقا مع سلوكهن ومفهومهن عن ذواتهن قبل الصدمة . ويقدم لنا الخدر الانفعالى واحداً من أكثر التحديات الصعبة فى العلاج ، وقد يستمر فترة طويلة بعد إختفاء الأعراض الأخرى ، ويتضمن الخدر الانفعالى عادة الفشل فى الاستمتاع بالجنس ، ليس فقط لضحايا الاغتصاب ولكن للآخرين كذلك . فقد وجد رسك Resick (1987) هذا الأثر على سبيل المثال بين الذكور ضحايا السرقة، كما وجد كل من فيلدمان ، وذومرز وجوردن وميغر Fieldman, Zummers Gordon and Meagher, (1979) أن ضحايا الاغتصاب قدرن مستوى رضاهن عن الجنس أقل بوضوح من المجموعة الضابطة، حتى لو كن متساويات معهن فى النشوة الجنسية .. وهكذا فإن بعض جوانب الخدر الانفعالى قد تكون ذات تأثير دائم للصدمة .

وقد أظهرت الدراسات أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة يعد عواقب شائعة جداً للاغتصاب ، فوجد كلباتريك وآخرون Kilpatrick, et al. (1987) أن ٥٧٪ من النساء فى عينة المجتمع المحلى ممن أغتصبن ، ظهرت عليهن

علامات اضطراب الضغوط التالية للصدمة فى مرحلة من مراحل حياتهن . وحديثاً - وفى مسح على مستوى الأمة أجراه مركز الضحايا القومى (Kilpatrick, Edmunds and Seymour, 1992) - اتضح أن ٣١٪ من ضحايا الاغتصاب ظهرت عليهن اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، فى بعض الأوقات ، مقارنة بـ ٥٪ من غير الضحايا . وفى وقت إجراء الدراسة المسحية ، أمكن تشخيص ١١٪ لديهن اضطراب الضغوط التالية للصدمة . ويقدر التقرير ذلك بناء على نتائج شواهد الاغتصاب ، وأن ١,٣ مليون امرأة أمريكية ظهر لديهن اضطراب الضغوط التالية للصدمة مرتبطة بالاغتصاب ، وسوف يظهر على ٢١١,٠٠٠ امرأة كل سنة ، وتشير تقارير الدراسات المستقبلية إلى معدلات أعلى من ذلك ، فقد وجد كل من روثبوم ، وفوا ، ورجز وموردوك ووالش Rothbaum, Foae, Riggs, Murdock and walsh (1992) أن ٩٤٪ من النساء اللاتى اشتركن فى دراسة تتبعية عقب الاغتصاب ظهرت لديهن أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، خلال أسبوعين تقريباً بعد الاغتصاب و٥٠٪ بعد حوالى ١٢ أسبوعا .

يوضح جدولا (١ و٢) المعايير المقترحة فى الدليل الشخصى الرابع لاضطراب الضغوط التالية للصدمة

أ - الشخص الذى تعرض لحادث صادم يظهر لديه كل من الآتى :

١ - خبر لشخص وشاهد أو واجه حدثا أو احداثاً تتضمن الموت أو التهديد به أو إصابة خطيرة ، أو تهديد سلامته الجسمية أو سلامة الآخرين .

٢ - تضمنت استجابة الشخص الخوف الشديد أو العجز ، أو الرعب (عند الأطفال سلوك غير منتظم أو مضطرب) .

ب - تعاد خبرة الحدث الصادم أو معايشته بإلحاح بواحد على الأقل من الطرق التالية :

١ - التذكر الدائم ، الاقتحام المتكرر للحادث ، ويتضمن ذلك صوراً أو أفكاراً، أو مدركات (عند الأطفال الصغار قد يحدث اللعب التكرارى ، عندما تكون موضوعات أو جوانب الصدمة قد عبر عنها اللعب) .

٢ - أحلام متكررة مؤلمة للحادث (عند الأطفال ، قد تكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى له معنى) .

٣ - يتصرف الشخص أو يشعر كما لو كان الحادث الصادم قد تكرر (يتضمن ذلك معايشة الخبرة مرة أخرى ، الأوهام ، الهلوسة ، الرجوع بالذاكرة إلى الأحداث الماضية بطريقة غير مترابطة ، ويتضمن ذلك ما يحدث أثناء اليقظة أو عندما يكون الفرد فى حالة سكر) ، (فى حالة الأطفال الصغار قد يحدث إعادة تمثيل الصدمة) .

٤ - ألم نفسى حاد عند التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية تماثل بعض جوانب الحادث الصادم ، وترمز إليها .

٥ - رد فعل فسيولوجى عند التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية ، ترمز إلى جوانب الحادث الصادم أو تماثلها .

جـ - التجنب الدائم للمثيرات المرتبطة بالصدمة ، وخدر الاستجابة العامة (لم تكن موجودة قبل الصدمة) ويدل عليها وجود ثلاث على الأقل من الآتى :

١ - جهود لتجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالصدمة .

٢ - جهود لتجنب الأنشطة والأماكن أو الناس ، الذين يؤدون إلى تذكر الصدمة .

٣ - عدم القدرة على تذكر الجانب المهم فى الصدمة .

٤ - تضاؤل ملحوظ فى الاهتمام بالأنشطة المهمة والمشاركة فيها .

٥ - الشعور بالعزلة أو النفور من الآخرين .

٦ - مدى محدود من المشاعر (مثال : غير قادر على أن تكون لديه مشاعر حب) .

٧ - إحساس بمستقبل غير مشرق (مثل : لا يتوقع أن يكون له مهنة أو يتزوج أو أن يكون له أطفال ، أو أن يعيش سنوات العمر الطبيعية) .

د - أعراض مستمرة لازديادة الاستثارة (لم تكن موجودة قبل الصدمة) ، ويدل عليها وجود اثنين على الأقل من الآتى :

١ - صعوبة فى الدخول فى النوم أو الاستمرار فيه .

٢ – سرعة الاستثارة أو انفجارات الغضب .

٣ – صعوبة التركيز .

٤ – الإفراط فى الانتباه أو الحذر .

٥ – الاستجابة الفجائية (الإجفال) المبالغ فيها .

هـ – استمرار الاضطراب (الأعراض المذكورة فى ب ، جـ ، د) لمدة شهر واحد على الأقل .

و – يؤدى الاضطراب إلى معاناة شديدة أو ضعف واضح فى المهام الاجتماعية أو المهنية . يتحدد باعتباره :

– حاداً : إذا استمرت الأعراض أقل من ثلاثة أشهر .

– مزمناً : إذا استمرت الأعراض ثلاثة أشهر أو أكثر .

تحدد إذا كانت :

– بداية الاضطراب مؤجلة : بدء الأعراض بعد ستة أشهر على الأقل من العامل المسبب للضغوط .

اضطراب الضغوط الحاد :

أ – يكون الشخص قد تعرض لحادث صادم ، وتظهر عليه كل من الآتى :

١ – عاش الفرد خبرة صادمة ، أو شاهد أو واجه حدثاً تضمن الموت أو التهديد بالموت ، أو الإيذاء ، أو تهديد السلامة الجسمية للشخص ذاته أو للآخرين .

٢ – تضمن استجابة الفرد بالخوف الشديد والعجز أو الرعب .

ب – تظهر لدى الفرد ، إما أثناء وقوع الحادث أو بعده مباشرة ، أربعة على الأقل من الأعراض المنفصلة التالية :

١ – الذهول (الغيبوبة) أى انخفاض النشاط التلقائى أو الارادى التوافقى . ويبدو عليه أنه غير واع بما يحيط به .

٢ – عدم الواقعية ، أى يدرك البيئة ، كما لو كانت غير حقيقية أو مثل الحلم .

٣ – اختلال إحساس الفرد بذاته أى خبرة بدون مشاعر ، كما لو كان الشخص يلاحظ من الخارج عملياته العقلية أو الجسمية أو الشعور بأنه مثل الإنسان الآلى .

٤ - الإحساس الذاتى بالخدر ، غياب الاستجابة الانفعالية أو الشعور بالانفصال عن الآخرين .

٥ - فقدان الذاكرة أى عدم القدرة على تذكر الأحداث المرتبطة بالخبرة المؤلمة .

جـ - يظهر لدى الفرد ، إما أثناء وقوع الحادث المؤلم ، أو بعده مباشرة ، ثلاثة من أعراض القلق أو الأعراض الأخرى التالية :

١ - خبرة مرعبة مفاجئة ، الخوف أو القلق .

٢ - الاستثارة الزائدة ، وتتضمن صعوبة فى التركيز ، الانتباه المفرط ، الاستجابة المفاجئة (الإجفال) المبالغ فيها .

٣ - أعراض جسمية تتضمن كل من الرعشة ، تنفيس مفرط ، النبض السريع ، سرعة دقات القلب ، توتر العضلات ، الإرهاق ، التعب .

٤ - تذكر اقتحامى أو الانشغال بذكريات الصدمة .

٥ - إضطراب النوم ، ويتضمن الأرق ، مخاوف ليلية ، الكوابيس .

٦ - الغضب .

٧ - إثارة نفسية حركية .

٨ - اليأس أو فقدان الأمل .

٩ - الانسحاب الاجتماعى .

د - يؤدى الاضطراب إلى ضعف واضح أو ضيق ، يكشف عن نفسه فى أى من الآتى :

١ - يتعارض بوضوح مع الوظائف الاجتماعية أو المهنية .

٢ - يمنع الفرد من متابعة بعض الواجبات الضرورية ، مثل : الحصول على المساعدة الطبية أو القانونية الضرورية ، أو حشد إمكاناته الشخصية ؛ لكى يخبر أفراد الأسرة بالخبرة الصادمة .

هـ - يستمر الانزعاج أقل من أربعة أسابيع (عندما يجب إجراء التشخيص دون انتظار الشفاء ، ويجب أن يصنف على أنه مؤقت) .

و – هذا الانزعاج لا يرجع إلى مادة تؤدى إلى اضطراب (مثل المادة السامة) أو الخلل الثانوى التنافرى ، وليس مجرد اضطراب سابق من نوع ما يرد فى المحور I أو II* .

---

* بتصريح من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٣) .

وبالنظر إلي معدل وقوع الاعتداء الجنسي ، فمن المحتمل أن تشكل الضحايا الإناث أكبر مجموعة بين هؤلاء الذين يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، ففي دراسة كلباتريك وآخرين Kilpatrick, et al. (1992) ، ذكر ١٣ ٪ من النساء أنهن كن ضحايا للاغتصاب الكامل بالقوة مرة واحدة على الأقل ، ومن بين هؤلاء ٣٩ ٪ اغتصبن أكثر من مرة ، والرجال أيضا يكونون ضحايا للاعتداء الجنسي (وفي الغالب من رجال آخرين) . وعلي أية حال ، فإننا نعرف القليل عن الانتشار والعواقب بين الذكور ، وقد وجد فورمان (Forman, 1982) أن ٥,٧ ٪ من جرائم الاغتصاب تضمنت ضحايا من الذكور ، وقد يكون ذلك أقل من الواقع إذ يفترض أن الرجال أكثر رفضاً من النساء أن يخبروا عن اعتداء جنسى ضدهم . ووجد كل من كوفمان وديفاستو ، وجاكسون ، وفورثيس وكرستي,Kaufman) Divasto, Jackson, Vorthess, and Christy, 1980) أن ١٠ ٪ من الضحايا كانوا ذكوراً ، وكانت هذه عينة من الراشدين . وإذا كانت العينة من الأطفال المعتدى عليهم ، فإن نسبة الضحايا الذكور ترتفع إذ وجد بورنام وآخرون Burnam, et al. (1988) أن ١٨ ٪ من ضحايا الاعتداء الجنسى فى منطقة لوس أنجلوس كانوا من الذكور ، سواء كانوا من الأطفال أو الراشدين . وقد يكون الرجال أقل رغبة من النساء فى الكشف عن تاريخ الاعتداء الجنسى عندما يبحثون عن العلاج ، ولذلك يجب على المعالجين أن يتنبهوا للعلامات التى تشير إلى ذلك ، والبحوث التى أجريت عن الضحايا الذكور قليلة ، ولكن هناك مؤشرات على أنهم يعانون تماما مثل النساء ، ولقد تعرف جوير وإدلمان Goyer & Eddleman, (1984) على أعراض الضغوط التالية للصدمة لدى ١٣ من الضحايا الذكور للاعتداء الجنسى ، والذين بحثوا عن العلاج فى مركز الطب النفسى البحرى ، كما كتب كاسنايك ونسبوم وبرن وسنتياجو Kasgniak, Nussbaum, Berren and Santiago (1988) عن حالة رجل راشد كان يعانى من فقدان الذاكرة الوظيفى الرجعى لكل معلومات السيرة الذاتية بعد أن اعتدى عليه جنسيا من

رجلين مع التهديد بالقتل ، كما وجد أن الضحايا الذكور على درجة أعلى من المخاطرة فى تعاطى المواد المخدرة من النساء (Burnam et al., 1988) ، على الرغم من أن الفروق الجنسية لا تسمح بالتنبؤ باحتمال حدوث أى اضطراب آخر .

النماذج النظرية لا ضطرابات الضغوط التالية للصدمة :

أُقترح عدد كبير من النماذج النظرية ، فى محاولة لتنظيم الأنماط الملاحظة لردود الفعل فى اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، ولتفسير تطور هذه الأنماط . وتختلف النماذج إلى حد كبير فى مستوياتها من حيث العمق وتميل إلى التداخل بدرجة كبيرة . ويمكن تلخيص الاتجاهات الكبرى فى تطور النماذج النظرية هنا .

فقبل التعرف على اضطراب الضغوط التالية للصدمة كعرض ، كانت معظم الأفكار النظرية تعتبر ردود الفعل للضغوط تتعلق بالدينامية النفسية فى الأصل ، ومن ملاحظات فرويد (1964 - 1939 - 1937) عن المحاربين القدامى الذين أصيبوا بالصدمة خلال الحرب العالمية الأولى ، أشار إلى اثنين من الخصائص الكبرى التى تعّرفها العلماء الآن من خصائص اضطراب الضغوط التالية للصدمة هما التكرار (إعادة التجربة) والانكار[١] أو (التجنب) [٢]. ولقد ضمن هوروتز (1976) Horowitz هذه الأفكار فى نموذجه لمعالجة المعلومات للاستجابة للصدمة . وهذا النموذج كان مؤثرا للغاية ، وتضمن ليس فقط العمليات النفسية التقليدية ، بل أيضا أفكاراً من النظريات المعرفية للانفعال ومعالجة المعلومات ، وتبعا لهذا النموذج ، فإن التوافق مع الحدث الصادم يتطلب إدماجه فى نسقه المعرفى أو تطوير نسق جديد . وحتى تكتمل هذه العملية ، فإن الصدمة تبقى فى الذاكرة النشطة ، وحيث تكون المعلومات المرتبطة بالحدث الصادم خارج الوعى الشعورى وتستخدم ميكانزمات الإنكار (أو التجنب) والخدر الانفعالى [٣] لتحفظ الفرد من أن تحدق به الصدمة . ومهما يكن فإن إظهار الأُحداث المحفوظة فى الذاكرة النشطة يميل إلى التكرار كجزء من محاولة تكاملها وتنسيقها . هذه النتائج فى الأفكار والصور المقتحمة عن الصدمة تصاحبها انفعالات حادة . وأشار

(1) Denial .
(2) avoidance .
(3) numbing .

هوروتز (1986) Horowitz إلى التذبذب بين فترات الأفكار المقتحمة والانفعالات، وفترات الإنكار والخدر ، وظاهرة اعاده معاناه الخبره كما يحدث فى الكوابيس ، والعودة إلى تصور ما حدث فى الماضى يتمثل اقتحامات ، تهدف إلى تسهيل معالجة المعلومات . ومهما يكن فإن الإقحام غير المتحكم فيه يمكن أن يؤدى إلى إعادة معايشة الصدمة ، وإلى انفعالات خارج نطاق السيطرة . ويمكن أن ننظر إلى التجنب والخدر كعمليات ضبط تهدف تنظيم معالجة المعلومات حتى لا تغمر الفرد . ومهما يكن فإن الضبط الزائد أو المبالغ فيه قد يمنع المعالجة الكاملة للمعلومات عن الحادث ، وقد استمر هوروتز (1986) Horowitz فى تطوير نموذجه وضمنه أفكاراً جديدة ، فقد لاحظ أن المساندة الاجتماعية القوية والإيجابية تساعد في الحماية ضد تطور أعراض الضغوط التالية للصدمة . وفى البحث عن الضغط أو الشدة فإن أحد النتائج الامبريقية الأكثر إتساقاً هى التأثير الواقى أو المخفف للمساندة الاجتماعية . وعلى الرغم من ان نموذج هوروتز يعد من بين أكثر النماذج شمولاً ، إلا أنه فشل فى التعامل مع أحد الألغاز الكبرى فى هذا المجال : لماذا يطور بعض الأفراد اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، ويتعرض آخرون للصدمة نفسها ولا يحدث لهم ذلك ؟ بالإضافة إلى ذلك فإن الإجراءات الأكلينيكية التى اقترحها النموذج أقل وضوحا وأقل قابلية للاختبار من تلك التى استمدت من النماذج النظرية الأخرى .

وتحاول النماذج البيولوجية تفسير ظهور اضطراب الضغوط التالية للصدمة على مستوى مختلف كلية ، فلقد طور كل من فان دركولك وبويد وكرستال وجرينبرج(1984) Van der Kalk, Boyd, Krystal and Greenberg نموذجاً بيولوجياً ، يقوم على ملاحظة أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة يشترك فى كثير من الجوانب مع نموذج سلوك الحيوان إزاء الصدمة التى لا مهرب منها ، وكلاهما يتضمن التعرض لضغط شديد لا يمكن تفاديه. ويسلم كل من فان دركولك وآخرين أن أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة تنجم عن التغيرات فى نشاط الناقلات العصبية [١] . وإن أعراض فقدان الذاكرة الحادة ، والاستجابات الانتفاضية الشديدة والثورات العدوانية يعتقد أنها ترتبط بالنشاط الزائد للإثارة

(*) ناقل عصبى .

(1) Neurotransmitter activity

الادرينالية ، وللمثيرات المرتبطة بالصدمة ، والتى يتبعها استهلاك الكيماويات الحيوية للمخ . والنقص فى مستوى الجهاز العصبى المركزى من الأدرينالين ، الذى يعتقد أنه يفسر لنا أعراضا ، مثل : فقدان الإحساس باللذة ، والانسحاب الاجتماعى ، والخدر الوجدانى . والأفيونات الداخلية المنشأ ، والتى تنساب أثناء التعرض ثانية للضغوط ؛ مما يؤدى إلى فقدان الإحساس بالألم ، ويترتب على ذلك أن خبرة الفرد باستهلاك الأفيونات الداخلية المنشأ منفرة ، وتنشأ دائرة من السلوك التى قد تبحث فيها الضحية عن تكرار التعرض للضغط ؛ فى محاولة منها لإعادة الحصول على تأثير فقدان الإحساس بالألم .

واقترح كولب (1987) Kalb نموذجاً آخر للأعراض المرضية الجسمية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، فركز كولب (1987) Kalb ، وماك جوف (1990) Mcgaugh على تأثير التعرض للعوامل المسببة للضغوط على الجهاز العصبى المركزى فالتنبهات الحادة التى يخبرها الفرد فى الأحداث الصادمة قد تسبب تدمير أو تغيير المسار العصبى . وتؤيد بحوث حديثة أخرى فكرة الصدمة ، التى تؤدى إلى تغير فى نظام المخ العصبى الكيماوى كمساهم فى أعراض اضطرابات الضغوط التالية مثال ذلك أن شارنى وزملاؤه (Charney, woods, Krystal, & Heninger, 1990; Charney, Delgrader, Price, & Heninger, 1991) وجودوا إن التغيرات فى وظيفة السيروتنين قد ترتبط بأعراض فقدان الإحساس باللذة .

وعلى الرغم من أن مثل هذه النماذج البيولوجية مثيرة للفضول ، إلا أنه يجب أن نذكر أنها أولية بطبيعتها ، وتترك الكثير من الغموض فى اضطراب الضغوط التالية للصدمة غير مفسر . فعلى سبيل المثال لم تعالج البداية المتأخرة لأضطراب الضغوط ، وتأثير المتغيرات الوسيطة ، والفروق الفردية فى الاستجابة للصدمة فى معظم هذه النماذج (1990) Gones & Boeaw واقترح كل من كين وزمرنج وكارل (1985) Keane , Zimering and Caddell نماذج نظرية التعلم ذات العاملين لتفسير تطور اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، واستخدم كل من كلباترك ، وفيرونين ، ورسك Kilpatrick, Veronen, and Reaick (1979) تفسيرات مماثلة لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة الناجمة عن الاغتصاب . ووفقا لهذا النموذج ، فكل مثير يرتبط بالحدث الصادم يمكن أن يصبح – من خلال عملية الإشراط التقليدى – قادراً على انتاج استجابة شرطية

مماثلة لتلك التى تقترن بالصدمة الأصلية . والمثيرات الإضافية ، المقترنة بطريق غير مباشر بالصدمة تؤدى إلى ردود أفعال مماثلة من خلال تعميم المنبه والإشراط . ويتعلم الفرد سلوك التجنب لكى يهرب أو يمنع الاستجابة الشرطية . كذلك فالتدعيم السلبى المتكرر للتجنب يجعله مقاوما جداً للانطفاء ، ويفسر لنا هذا استمرار أعراض القلق فترة طويلة بعد تناقص الأعراض الأخرى بوضوح . ويستخدم تعميم المنبه ، الذى هو أحد مبادىء الاشراط ، ليفسر لنا لماذا تزداد الأعراض سوءاً عبر الوقت ، كلما استثارت المثيرات ذكريات الصدمة والاستثارة الفسيولوجية . ويرى كل من كين وسكوت وآخرين Keane, Scott, et al. (1985) أن تأخر بدء اضطراب الضغوط قد ينجم فعلا عن الأعراض التى تسود تدريجياً عبر الوقت ، حتى تصل إلى نقطة حرجة .

إن تطور النماذج السلوكية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة أدى إلى تطوير وتضمين متغيرات إضافية ، مثل : الخصائص الفردية ، بما فى ذلك المساندة الاجتماعية والإدراك . ولقد افترض فوى وأساتو وهاوسكامب ونيومان Foy, Osato, Houstkamp and Newman (1992) نموذجا سلوكياً يتأثر فيه استمرار أعراض الضغوط التالية للصدمة أساساً بالعوامل المخففة ، مثل : المساندة الاجتماعية ، أو العوامل المضاعفة مثل تاريخ الأسرة فى المرض النفسى. ويستند نموذج معالجة المعلومات فى اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، إلى نظرية لانج للانفعال (1985 ,1979 , 1977) فقد افترض لانج شبكه الذاكرة الدلالية لنقاط الاتصال البينية للمعلومات ، التى تتضمن المثيرات المتعلقة بالصدمة والمعلومات عن الاستجابة للأحداث ، والمعلومات عن معنى كل من المنبهات والاستجابات . وترى كل من فوا وستكتى وروثبوم Foa, Stekette and Rothbaum (1989) أن الأحداث الصادمة تخلق شبكات خوف كبيرة ومعقدة ، تنشط بسرعة بسبب العدد الكبير من الاتصالات البينية ، التى تتكون من خلال الإشراط والتعميم ، ويمكن الآن للأشياء التى اقترنت واعتبرت محايدة أو آمنة أن ترتبط بالخوف .

ويؤدى هذا إلى الإحساس بعدم القدرة على التنبؤ وعدم القدرة على التحكم، وكلها عوامل مهمة فى تطور واستمرار اضطرابات الضغوط . ولقد طور كل من شمتوب ورتيويلات وحمادا وكارلسون وتونتى مان Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson and twentyman (1988) نموذجا مماثلاً لمعالجة المعلومات لاضطرابات الضغوط ، ويبدو أنه ملائم – على الرغم من ذلك –

لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة الناجمة عن معركة حربية أفضل من ملائمته للاغتصاب ، أو الصدمات الأخرى الناجمة عن حدث واحد .

قد أصبحت النماذج النظرية باطراد أكثر دقة وشمولا بزيادة حجم معرفتنا المتعلقة بتأثيرات الصدمة ، فعلى سبيل المثال اقترح كل من كريمر وبيرجس وباتسون Creamer, Burglas, and Pattison (1994) نموذجاً للمعالجة المعرفية لردود الفعل للصدمة التى تتضمن حلقة من ردود الفعل التى تتضمن الإقحام ، والتجنب ومستوى الأعراض . وكما فى النماذج المعرفية الأخرى ، فإن نموذج كريمر وزملاؤه ينظر إلى العمليات الناجحة أو تكامل الصدمة كمحور للتعافى الناجح. ويرى هذا النموذج ميكانزمات العمليات المعرفية متضمنة فى التعافى عبر الوقت ، كما تحدث فى مراحل خمس ، هى :

المرحلة ١ التعرض الموضوعى، والعامل الرئيسى فى هذه المرحلة هو خطورة مصدر الضغط الذى يؤدى إلى الصدمة .

المرحلة ٢ هى شبكة المعلومات : والتى تتحدد أساساً بالإدراكات الذاتية والمعنى المرتبط بالخبرة .

المرحلة ٣ سميت الإقتحام ، وأثناء هذه المرحلة ، فإن شبكة الذاكرة تنشط فى محاولة لمعالجة وتحليل الذكريات المرتبطة بالصدمة .

المرحلة ٤ هى التجنب وتتصف باستخدام الهروب والتجنب كخطط مواجهة فى الاستجابة للإقتحام .

المرحلة ٥ ، والتى سميت النتيجة : يتحقق فيها التعافى من خلال شبكة معالجة الحلول . ولكن هناك عوامل كوظائف ما قبل الصدمة والمعالجات البيولوجية ، ليست متضمنة فى هذا النموذج ، على الرغم من أن أصحابه يقدرون أهميتها .

وفى نموذج حديث أكثر شمولاً ، يرى جونز وبارلو Jones and Barlow (1992) أن المتغيرات المهمة فى معرفة أسباب واستمرار الاضطرابات الأخرى للقلق ، بالاضافة إلى أدراك القلق ، تفسر تطور اضطرابات الضغوط التالية للصدمة. ومن خلال الاعتراف بدور القابلية البيولوجية فى هذا النموذج فإنه يشار إلى دراسات الأسرة والتوائم لتأييد هذا الدور . وقد سلم كل من جونز وبارلو (١٩٩٢) أن ما هو موروث قد يكون استعداداً للاستجابة للضغوط ، مع وجود الاستثارة المفرطة الذاتية المزمنة ، ويتسق هذا مع النتائج التى توضح أن الجنود

الذين اشتركوا فى المعارك الحربية لمدة طويلة ، ولديهم أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، يظهرون معدل دقات قلب أعلى من المجموعة الضابطة (Blanchard, Kolb, Pallmayer & Gerardi, 1982; Blanchard, kolb, . Gerardi, Ryan & Pallmayer, 1986) ويكمن مركز هذا النموذج فى ملاحظة التشابهات بين اضطرابات الضغوط التالية للصدمة واضطرابات القلق الأخرى ؛ خاصة اضطرابات الهلع المفاجىء ، فإذا كان لدى فرد قابلية بيولوجية ونفسية ، ثم تعرض لصدمة وظهر لديه إدراك قلق ، يصنف على أنه اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، وإدراك القلق يتضمن معالجة مشوهة للمعلومات بالإضافة إلى تأثيرات سلبية مفرطة . ويدرك الفرد الحدث الصدمى ، وإعادة الخبرة التالية ، على أنها أحداث منفرة غير متنبأ بها ، وغير متحكم فيها ، ويتصرف باستثارة مفرطة مزمنة ، وانتباه محدود وحذر فقط ، وهو ما يؤدى إلى دائرة من ردود الفعل التى تتضمن الاستثارة المفرطة ، ومحدودية تركيز الانتباه، والخدر المفرط، مع زيادة فى الأفكار المقتحمة وإعادة الخبرة .

التقييم :

الخطوة الأساسية الأولى فى التقييم هى تحديد الاعتداء الجنسى أو الصدمات الكبرى الأخرى فى حياة العميل . وكثير من ضحايا الاغتصاب يفشلون فى الكشف عن تاريخهم مع الصدمة ، دون أن يسألوا أسئلة محددة – يتسق هذا مع نمطهم العام فى تجنب ما يذكرهم بما يتعلق بالصدمة ، وحتى عندما يبحثون عن العلاج يفشل ضحايا الصدمة فى معرفة أن مشاكلهم النفسية مرتبطة بالاعتداء عليهم . ويرى كلباترك Kilpatrick (1983) أسباباً متعددة أخرى تجعل الضحايا غير مستعدين لتقديم هذه المعلومات ، فهم يخافون من رد الفعل السلبى للتصريح ؛ وخاصة إذا كان التصريح السابق قد أدى إلى عدم التصديق أو اللوم ، بالإضافة إلى ذلك فإن عدداً من الضحايا لا يتعرفون خبرتهم التى مروا بها بأنها اغتصاب ، وخاصة إذا كان المعتدى أحد المعارف أو الأقارب ، والواقع إن معظم جرائم الاغتصاب يرتكبها أحد الأشخاص المعروفين للضحية .

وقد اقترح كل من رسنك وكلباترك وليبوفسكى Resnick, Kilpatrick and Lipovsky (1991) استبانة لتاريخ الاعتداء الجنسى تتسم بكونها تدعيمية وغير تقييمية ، كما طور سوندرز ، وكلباترك ، وروسنك ، وتدويل Saunders, Kilpatrick, Resinck and Tidwell (1989) عشرة أسئلة للمقابلة للكشف عن تاريخ الحالة والذى يتضمن الاغتصاب . وأدى استخدامها كجزء من مقابلة مقننة

فى مركز الصحة النفسية ، إلى تحديد الاعتداء الجنسى فى ٤١,٧ ٪ من حالات النساء، بالمقارنة بـ ١٣,٣ ٪ طبقت معهم وسائل معيارية أخرى . وأداه التقرير الذاتى التى يمكن استخدامها للفرز بهدف تحديد الاغتصاب ، والصور الأخرى من الاعتداء الجنسى هى مسح الخبرات الجنسية ، الذى صممه كوس وجيديز Koss & Gidycz (1985) وهى أداة تتكون من ١٠ بنود لتقدير الذات ، وتقدر أنماط القسر أو القوة ، بجانب أنماط المضايقة والازعاج أو الاعتداء الجنسى ، وأوضحت نتائج البحوث أن لها اتساقاً داخلياً مقداره ٠,٧٤ وثبات بإعادة الاختبار ، بعد أسبوع واحد مقداره ٠,٩٣ .

وهناك هدفان رئيسيان للتقييم ، هما : التشخيص والتخطيط والعلاج . والهدف الثالث جاء من المعدلات العالية لانتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة . فالاكتئاب واضطرابات القلق ، وإساءة استخدام المواد المخدرة هى اضطرابات شائعة . وسواء كان الهدف الأساسى من التقييم هو التشخيص أو التخطيط للعلاج ؛ فالمنحى متعدد الأبعاد متعدد المحاور ضرورى فى هذه الحالة ؛ لأن النظرة لمقطع يركز على نقطة واحدة فى وقت واحد قد تفشل فى التوصل إلى مدى ونمط الأعراض ، وقد أيد المنحى الطولى للتقدير كل من دنى وروبنوتز وبنك Denny, Robinawitz and Penk (1987) وستكر وأدوجرين وإليان Sutker, Uddd- Grane and Allain (1991) لأغراض العلاج ، والتقييم المستمر لأنماط الأعراض وكفاءة العلاج ضرورى جدا . وسوف نستعرض بعضا من أكثر أساليب التقييم استخداماً فى اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المرتبطة بالاغتصاب ، وللمزيد من النقاش الشامل لقضايا وإجراءات تقييم اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المرتبطة بالأغتصاب نحيل القارىء إلى رسنك وآخرين Resnick et al (1991)

لقد قاد الباحثون فى مجال اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المرتبطة بالمعارك الحربية تطوير إجراءات التقييم (Keane, Mallay & Fairbank, 1984; Keene Taylor, Wolf 1987; Keane, Caddell & Taylor, 1988) وعديد من هذه الإجراءاتث قد عدل للاستخدام مع الضحايا المدنيين . ويذكر كين وآخرون Keane et al. (1987) أن تطوير بطارية التقدير المقننة الشاملة مفيد ليس فقط لغرض التشخيص ، ولكن أيضاً لتطوير أهداف العلاج وتقييم نتائج العلاج ، وعلى الرغم من أنها قد صممت لتقدير اضطرابات الضغوط التالية للصدمة الناجمة عن المعارك الحربية ، فإن المبادىء المتضمنة فى هذه البطارية تتعلق

أيضاً بالصور الأخرى من الصدمات ، وتتضمن البطارية كل من البيانات الموضوعية والذاتية التى جمعت من خلال المقابلة المقننة ، والاستبيانات النفسية، التى يمكن أن تعالج كميا هى التى تقدر الأداء الماضى والحاضر وتستخدم فى مجالات واسعة المدى معرفية ووجدانية ، وسلوكية وفسيولوجية (wolfe & Keane, 1990) وتوجد ملحوظة تحذير فيما يخص التقييم . فخطر الانتحار يجب دائماً أن يقدر بحذر وعناية ويكون تحت المراقبة . ولقد وجدت الدراسة القومية للنساء (Kilpatrick et al 1992) أن ١٣٪ من ضحايا الاغتصاب قمن بمحاولات للانتحار ، مقارنة بـ ١٪ من غير الضحايا . بالإضافة إلى أن ٣٣٪ من ضحايا الاغتصاب ، مقارنة بـ ٨٪ من غير الضحايا أفادوا بأنهن فكرن بجدية فى الانتحار فى وقت ما .

المقابلات التشخيصية المقننة :

تعد المقابلة الإكلينيكية المقننة (١) من الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث– المعدل واحدة من أكثر الأدوات استخداماً لأغراض التشخيص (Spitzer, Willams & Gibbon, 1987) ، وتتضمن تقييم اضطرابات أعراض الضغوط التالية للصدمة ، وكانت قد صممت للاستخدام بواسطة إكلينيكين لهم خبرة . ومن المحتمل نشر صوره منها تعتمد على الدليل التشخيصى والاحصائى الرابع . وعلى الرغم من ذلك ، فإنه ومع التعديلات الطفيفة ، فإن المقابلة الإكلينيكية المقننة ستظل مفيدة . وقد أوصى رسنك وآخرون (1991) .Resnick et al بتعديلات على نموذج اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المستمد من المقابلة الإكلينيكية المقننة والذى صمم أصلا للاستخدام مع المحاربين فى المعارك الحربية . ليتضمن أسئلة حساسة فارزة لتاريخ الاغتصاب والاحداث الكبرى الأخرى الصادمة . بالإضافة إلى ذلك ، فإن تقدير التعرض للأحداث الصادمة المتعددة مهم لأغراض التخطيط للعلاج .

مقابلة أخرى واسعة الاستخدام هى قائمة المقابلة التشخيصية (٢) (DIS) (Robbins, Helzer, Croughainm & Ratcliff, 1981) ، وهى قائمة مقابلة جيدة التقنين وتتميز بأنها تتطلب تدريباً وخبرة أقل من المقابلة الإكلينيكية المقننة . والجزء الخاص باضطراب الضغوط التالية للصدمة بها يقدر التعرض لصدمة مدنية ، ولكنها تستخدم مصطلح اغتصاب دون تحديد أكثر من ذلك . وهكذا ،

(1) Structured Clinical Interview (SCID)
(2) Diagnostic Interview Schedule CDIS

فالتعديلات التى اقترحها رسنك وآخرون (1991) .Resnick, et al ملائمة لهذه الأداة أيضاً .

أما مقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة للإكلينيكيين [1] ، الذى صممه بلاك وآخرون (1990) .Blake et al فهو أحدث ، غير إن التقارير الأولية عن خصائصه السيكومترية واعدة إلى حد كبير . ;Nagy et al., 1992) (Weatbers et al., 1992a, 1992b وهذا المقياس له ملامح عديدة جذابة ، فهو يقدر كلاً من شدة الأعراض وتكرارها ، مستخدماً معايير محددة ، بالإضافة إلى ذلك فإنه يعطى إرشادات واضحة لتقدير التغيرات فى السلوك التى تنجم عن التعرض للصدمة ، وله صورتان متوفرتان ، الصورة الأولى : هى (صورة للتشخيص الحديث والدائم) وتقدر الأعراض على مدى فترة شهر ، والصورة الثانية : (صورة الأسبوع الواحد) وتقدر الأعراض التى حدثت خلال الأسبوع الماضى .

أما قائمة مقابلة اضطرابات القلق – المعدلة [2] (ADIS-R; Di Nardo & (Barlow, 1988 فهى أكثر الأدوات شمولاً للتشخيص الفارق للقلق والاضطرابات المرتبطة به ، وتتضمن أجزاء عن الاكتئاب والاعتماد على المواد المخدرة والذهان . ولقد وجد بلانشرد وآخرون (1986) .Blanchard et al اتفاقاً بين المحكمين فى تشخيص اضطرابات الضغوط التالية للصدمة يصل إلى ٩٣ ٪ .

الأدوات السيكومترية :

يعد مقياس تأثير الأحداث [3] ,IESI Horowitz, Wilner, Alvarez) (1979 أحد أكثر الأدوات إنتشاراً لقياس تأثير الصدمة . وهو استبيان تقرير عن الذات يتكون من ١٥ بندا ، وبه مقاييس فرعية تقيس أعراض الإقحام ، والتجنب . أما قائمة ديروجاتيس للأعراض (Derogatis, (1977 فهى أداة أخرى مستخدمة بكثرة ، وهى تتكون من ٩٠ بندا ، يجيب عليها المفحوص بنفسه ، وبها ٩ مقاييس فرعية تتعلق بالأعراض ، و٣ مؤشرات للمحنة والكرب [4] أما دليل الشدة الاجمالية[5] فإنه أكثر استخداما فى البحوث مع ضحايا الاغتصاب ، وقد أشار

(1) The Clinician Adminstrated PTSD Scale (CAPS)

(2)The Anxiety Disorders Interview Scheduleule - Revised

(3) The impact of events scale (IES)

(4) Distress .

(5) The Global Severity Index .

كلباتريك وڤيرنون ورسنك Kilpatrick, Veronen & Resinck (1982) إلى أن هذا المقياس قادر على التمييز بين ضحايا الاغتصاب والمجموعات الضابطة .

وصمم ساوندرز ، ومندوكي وكلباتريك Saunders, Mandoki and Kilpatrick (1990) مقياس قائمة أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المرتبطة بالجريمة، كمقياس فرز مختصر لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة المرتبطة بالجريمة ، ويحتوى على ٢٨ بنداً من مقياس ديروجانيس Derogatis للأعراض (SCL. 90-R) ، وهو يوفر أفضل تمييز بين المجموعات الإيجابية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة وتلك السلبية ، ويتصف بأن له اتساقاً داخلياً مرتفعاً ، وقدرة جيدة على التمييز .

واختبار أعراض أثار الاغتصاب [1] هو استبيان يتكون من ٧٠ بنداً يجيب عليها المفحوص بنفسه ، ويشتمل على بنود من مقياس قائمة الأعراض المعدل (SCL-90-R) ومن مسح المخاوف المعدل (veronen, Kilpatrick, 1980) وكانت البنود المختارة تلك التى وجد أنها تميز بدرجة أعلى بين ضحايا الاغتصاب وغير الضحايا بعد ثلاثة شهور من الاعتداء ، وله اتساق داخلى وثبات جيد بإعادة الاختبار .

ومقياس أعراض الضغوط التالية للصدمة (Foa, Riggo, Dancu & Rothbaum, 1991) مقياس مختصر (١٧ بنداً) ، وله ثلاثة مقاييس فرعية تقيس كل عرض من الأعراض الكبرى فى هذا المجال : إعادة الخبرة ، والخدر (فقدان الإحساس والحركة) . والتجنب . واتضح أن اتساقه الداخلى عند ٠,٩١ وثباته بإعادة الاختبار بعد شهر عند ٠,٧٤ على عينة من الضحايا الجدد للاغتصاب . والاختبار يحدد بدقة حالات اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، كما قدرت أيضاً بالمقابلة الاكلينيكية المقننة (SCID) ، فى ٨٦٪ من أفراد العينة . واستخدم استخبار طرق التغلب [2] (Folkman & Lazarus, 1998) لفحص استراتيجيات التغلب عند ضحايا الاغتصاب ، ويمكن أن يكون مفيداً فى التخطيط للعلاج والتقييم ، ولقد قام كل من جرشنى ودانكو ، وهمبرو وفوا Gershuny, Dancu, Henbru and Foa (1992) بإجراء التحليل العاملى على استجابات الضحايا ،

---

(1) The Rape aftermath symptom test .

(2) The Ways of Coping Questionnaire .

الذين قيموا مباشرة بعد الاعتداء عليهم ، وصنفت البنود فى ثلاثة عوامل : الرغبة فى إبعاد الصدمة ، حل المشكلات ، والقبول السلبى ، وكانت الدرجات على عامل الرغبة فى إبعاد الصدمة مرتبطة جوهريا بأعراض اضطرابات الضغوط التالة للصدمة وشدتها ، وكذلك بالمقاييس الأخرى للمرض النفسى ، بعد تقييمها بشهر واحد . ولقد ساهم بوضوح فى التنبؤ بشدة اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، إضافة إلى اسهامه فى إدراك تهديد الحياة والشعور بالذنب .

التقدير النفسجسمي :

يتعين أن يتضمن التقدير المثالى قياس المسارات المتعددة للاستجابة ومنها الفسيولوجية . وعلى الرغم من أن ذلك قد لا يكون عملياً فى الجلسات الإكلينيكية؛ لأن الوسائل الفنية والخبراء فيه غير متوافرين دائماً . وعلى أى الاحوال ، فإن البحث عن أنماط الاستجابة الفسيولوجية فى اضطرابات الضغوط التالية للصدمة التى لا تتعلق بالحرب لم تتقدم بالدرجة ، التى يمكن أن يوصى باستخدام هذه المقاييس فى الجلسات الإكلينيكية بقدر من الثقة ، وتشير الأبحاث مع المحاربين القدامى إلى أن مثل هذه المقاييس قد تكون مفيدة فى المستقبل ، ومع مثل هذا الجمهور ، فإن النتائج المتسقة هى أن المقاييس النفسجسمية تميز جيدا بين المحاربين الذين لديهم اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، وهؤلاء الذين ليس لديهم هذه الاضطرابات . (Blanchard et al., 1982; Pitmen, Orr , Forgue, de Tong, & Claiborn 1987) . وأظهر كل من معدل دقات القلب فى الراحة ومؤشرات رد الفعل للمعركة القدرة على التمييز.

أما نتائج البحوث مع ضحايا الأغتصاب فكانت أقل اتساقا ، فلقد أفادت القليل من دراسات الحالة باستخدامها المقاييس الفسيولوجية . (Blanchard, & Abel;1976 Kilpatrick & Amic., 1985) ، ولكن صدرت دراسات جمعية قليلة حديثة . وقام كل من كيلباتريك ، وبست وانيك وڤيرنون Kilpatric, Best, Anic, and Veronen, (1984) بقياس سرعة دقات القلب ، وتوصيل الجلد ، استجابة لتخيلات ساره ، وأخرى طبيعية واخرى متعلقة بالاغتصاب ، ولم يجدوا ارتفاعا عاماً عن المعدلات القاعدية للإثارة ، أو تغيرات فى الاستجابة لتخيلات الاغتصاب ، ولقد استجابت جماعة فرعية صغيرة من الضحايا (١١,٥ ٪) عند مستوى مرتفع فى كل من المؤشرين الفسيولوجيين ، ولم يتم تشخيص اضطرابات

الضغوط التالية للصدمة ، ولذلك فمن الممكن أن تكون الجماعة الفرعية من المستجيبين من ذوى أعراض الضغوط التالية للصدمة المرتفعة هى صاحبه المستوى المرتفع من الاستجابه . ولقد توصل كل من كوزاك ، وفوا ، وروثبوم ومورداك Kozak, Foa, Rothbaum, and Murdack, (1988) إلى نتائج أولية لمعدل دقات القلب ودرجة توصيل الجلد فى الاستجابة لمناظر محايدة ومناظر اغتصاب ، وقورنت ١٢ امرأة لديهن اضطرابات ضغوط تالية للصدمة مرتبطة بالاغتصاب ، بمجموعة من غير الضحايا ، وأظهركلا المقياسين الفسيوجيين استجابية خلال عرض مناظر الاغتصاب ، كما وجد انخفاض فى الاستجابية بعد التكرار المتعدد للمناظر . وعلى الرغم من ذلك ، يبدو أن التباينات الكبيرة فى القابلية للاستجابة كانت تخفى الفروق الدالة بين مثل هذه الجماعات الصغيرة .

وقد يكون البحث فى هذا المجال مفيداً جداً فى تحديد فائدة المقاييس النفسية الفسيولوجية فى اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المرتبطة بالاغتصاب ، وكما أشار كل من رسنك وآخرين Resnick et al. (1991) فإن معظم البحوث فى هذا المجال أجريت على رجال ، قد لا تكون قابلة للتعميم على ضحايا الصدمات من الإناث .

العـــلاج :

قليلة جدا أبحاث العلاج المضبوطة التى أجريت على ضحايا الاغتصاب والصدمات الأخرى للمدنيين . وعلى الرغم من ذلك ، فلقد وصفت طرق متباينة التنوع سواء بطريقة القصص أ وتقارير غير مضبوطة عن حالة ، ويتضمن ذلك العلاج السيكوديناميكى ، والغمر ،والعائد البيولوجى (١) ، وخفض الحساسية المنظم(٢) . والعلاج المعرفى وطرق أخرى تستهدف مشاكل محددة مثل اضطرابات الوظيفة الجنسية (لمزيد من القراءات أنظر : Resinck & Schnicke, 1990; Solomon, Gerrity & Muff, 1992) .

التدريب التطعيمي للضغوط :

كانت الطريقة الشاملة المبكرة التى وصفت للاستخدام مع ضحايا الاغتصاب خاصة ، هى التدريب على التطعيمى ضد الضغوط (SIT; Kilpatrick

(1) Biofeadback .

(2) Systematic desensitizion .

et al., 1982; Kilputrick & Amick, (1985) والتى بنيت على طريقة ميكانبوم (Meichenbaum, (1985 والتى تسعى لإعطاء العميلة إحساسا بالسيطرة على مخاوفها ، بتعليمها مهارات متنوعة للمواجهة . وقد صممت الطريقة للمشاكل الفردية واحتياجات كل عميلة ، ولذلك فهى مرنة ويمكن استخدامها فى الجلسات الجماعية أو الفردية . وقد قسم التدريب على مواجهة الضغوط إلى مراحل :
المرحلة الأولى : هى الإعداد للعلاج ، وتتضمن مبادىء تعليمية لإمداد العميلة بالإطار التفسيرى أو المفهومى ، الذى يمكن أن تفهم منه طبيعة وأصل مخاوفها وقلقها ، ويجعل الاعتداء وعواقبه مفهوماً . وفى هذا التدريب تستخدم تفسيرات نظرية التعلم الاجتماعى ، ويصحب ذلك شرح ردود الفعل : للخوف ، والقلق عند حدوثها، من خلال ثلاثة مسارات (Lang, 1968) :

١ – المسار الفسيولوجى المستقل .

٢ – المسار السلوكى أو الحركى .

٣ – المسار المعرفى .

وتقدم أمثلة محددة لكل منها وتقوم العميلة بتحديد استجاباتها الخاصة لكل مسار وتفسر هذه المسارات الثلاثة والتفاعل بينها وتناقش .

والمرحلة الثانية لبرنامج التدريب هى التدريب على مهارة التغلب وتعلم مهارتين على الأقل للتغلب (المهارة الأولية و الثانوية أو المساندة) لكل مسار من المسارات الثلاثة . وتختار العميلة أولاً ثلاثة مخاوف ترغب فى خفضها ، ويطلب منها أن تكمل مقياس الانفعال وتدرج عليه مستواها فى الخوف ومستواها فى السعادة ثلاث مرات فى اليوم . وتحتفظ بالإضافة إلى ذلك ، بسجل يومى لعدد الأفكار ، التى لديها بخصوص كل خوف خلال كل صباح وبعد الظهر والمساء .

والشكل العام للتدريب على مهارات التغلب ، هو نفسه لكل المهارات الست التى تعلم ، وتتضمن ، بالتتابع ، تعريف مهارة التغلب ، والتعليل المنطقى العقلى، وتفسير للآليات (الميكانزمات) التى تعمل بها المهارة ، وعرض عملى للمهارة ، تقوم العميلة بتطبيقه على مهارة فى غير مجال المشكلة ، السلوك مستهدف ، واستعراض كيف تعمل المهارة جيداً ، وفى النهاية تطبيق وممارسة المهارة مع أحد المخاوف الذى تريد التخلص منها ، وغالباً ما تكون المهارات التى تعلم لمواجهة الخوف فى المسار الفسيولوجى هى استرخاء العضلات ، والتحكم فى التنفس .

استرخاء العضلات :

تستخدم طريقة جاكوبسون Jocobson لتباين التوتر – الاسترخاء لتعليم استرخاء العضلات . وتتضمن الاسترخاء التام لكل المجموعات العضلية الكبرى أثناء جلسة التدريب الأولى . بالإضافة إلى ذلك ، تعطى العميلة شريطاً مسجلاً عليه جلسة الاسترخاء ، لتأخذه إلى المنزل وتتدرب عليه كواجب منزلى . ويستمر التدريب حتى تصل إلى تحقيق الكفاءة ، وتشجع النساء على ممارسة مهارات الاسترخاء أثناء الأنشطة اليومية .

التحكم في التنفس :

يعلم التنفس العميق من خلال الحجاب الحاجز باستخدام تمارين السيكوبرينتكس(١) وتمارس هذه المهارة فى الجلسة وفى المنزل بين الجلسات ، وبالنسبة للمسار السلوكى فإن مهارات التغلب التى تعلم عادة ، هى : النمذجة المستترة(٢) ولعب الدور .

النمذجة التخيلية :

تعلم المرأة تصور الموقف المثير للخوف أو القلق ، وتتخيل نفسها تتصدى له بنجاح ، وتتدرب العميلة على هذه المهارة حتى تصل إلى اتقانها . ولأن الناس يختلفون كثيراً فى قدرتهم على تصور مثل هذه المواقف ، فإن الوقت المطلوب للتمكن من هذه المهارة يختلف من شخص إلى آخر . وهذه المهارة مفيدة فى الإعداد للمواقف ، التى تعرف المرأة أنها سوف تؤدى إلى ردود فعل الخوف أو القلق .

لعب الدور :

يجسد المعالج والعميلة تغلبا ناجحا لمناظر تؤدى إلى القلق ، والتى تتوقع المرأة مواجتها . وفى المواقف الجماعية يمكن استخدام أفراد الجماعة الآخرين فى لعب الدور أيضاً ، ويمكن أن يطلب من المرأة أن تمارس لعب الدور مع أفراد الأسرة أو الأصدقاء .

---

(1) Psychobrnetic

(2) Covert modeling

وقف الأفكار :

بالنسبة للمسار المعرفى ، فإن وقف الأفكار مفيد بوجه خاص فى وقف الأفكار الاجترارية ، التى يتصف بها كثير من ردود أفعال الضحايا . ويطلب من العميلة أن تبدأ التفكير فى المثيرات المخيفة ، ثم تقطع هذه الأفكار ، وذلك بأن يصيح المعالج «قف» ! وفى الوقت نفسه يصفق بيديه بصوت مرتفع ، ثم يطلب من المرأة أن تستخدم كلمة «قف» بصوت منخفض ، أو تستخدم هى مصطلح إيقاف التفكير الخفى الخاص بها ، أو بتخيل ذلك . ومن هنا ستتعلم إستخدام إيقاف التفكير سراً أو خفية ، وأن تحل حالة الاسترخاء محل حالة القلق .

الحوار الذاتي الموجه :

تُعلم العميلة أن تركز على حوارها الداخلى ، وتدرب على أن تسمى العبارات الذاتية السلبية غير المنطقية وغير التوافقية ، ثم تعلم أن تستبدل بها ألفاظ ذاتية غير ذات معنى وتوافقية أكثر ، ويعلم الحوار الذاتى فى فئات أربع :

الإعداد ، المجابهة والتحكم ، والتغلب على المشاعر التى توحى لها بأنها مسلوبة الإرادة ، والتدعيم . وكل فئة من هذه الفئات تولد سلسلة من الأسئلة أو العبارات، التى تشجع العميلة على أن تقيم الاحتمال الفعلى لحدوث الحدث السالب، لتروض الخوف الغامر أو سلوك التجنب ، ولتتحكم فى نقد الذات وتقييم الذات ، والانشغال فى السلوك المخيف . وفى النهاية تدعم ذاتها لتقوم بالمحاولة واتباع الخطوات ، ولكل مهارة مواجهة ، تعطى للعميلة واجبات محددة للتدريب عليها ، وعليها أن تواجه الضغوط اليومية البسيطة أولاً . وعندما يتم التمكن من هذه المهارة فى هذه المواقف ، يمكن بعد ذلك مواجهة السلوك المرتبط بالصدمة . وعلى العميلة أن تجابه كل أنماط السلوك التى حددتها كهدف بالتتابع ، ويلى المواجهة الناجحة لسلوك الهدف الأول ، التركيز على معالجة الثانى . وخلال هذه المرحلة تكمل العميلة مرة أخرى تقدير الانفعال على أساس يومى ، ويسمح هذا للمعالج بأن يراجع ويفحص التقدم ويعدل فى العلاج تبعاً للحاجة .

وأشار كل من فيرونين وكلباتريك Veronen & Kilupatrick, (1983) وكلباتريك وأميك Kilpatrick and Amic, (1985) أن التدريب على التطعيم ضد الضغوط كان فعالاً فى تخفيض الخوف ، والقلق ، والمزاج السلبى ، وردود الفعل الفسيولوجية فى الدراسات غير المضبوطة ، وفى دراسة الحالة . وقارن كل من ريسنك وجوردان ، وجيريللى ، وهوتر ، ومارهوفر - دفوراك Resinck, Jordan, Girelli, Hutter, and Marhoefer - Devorak, (1988) بين طريقة التطعيم

ضد الضغوط والتدريب التوكيدى ، والعلاج المساند ، فى الصيغة الجماعية ، لمدة ١٢ جلسة كل جلسة تستمر ساعتين ، وقد أدت الطرق الثلاثة إلى تحسن ملحوظ ، استمر لمدة ستة أشهر . وقارنت فوا وآخرون (1991) .Foa et al التدريب على التطعيم ضد الضغوط ، والتعرض لمدة طويلة ، والإرشاد التدعيمى ، ومجموعة ضابطة من قائمة انتظار ، مع مجموعة من الحالات يقابلون فردّياً، وكان التدريب على التطعيم ضد الضغوط هو الأكثر فعالية بعد العلاج مباشرة فى خفض أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، والقلق والاكتئاب . وعلى الرغم من ذلك وبعد متابعة استمرت ثلاثة أشهر ونصف أظهرت طريقة التعرض أنها الأكثر كفاءة .

التعرض الممتد :

طورت فوا وزملاءها (Foa et al., 1991; Rothbaum & Foa, 1992) طريقة للعلاج السلوكى المعرفى لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة المرتبطة بالاغتصاب على وجه الخصوص . تقوم على اثراء (Foa & Kozak, 1986) لنموذج لانج (1979) Lang الذى يتعلق بالعمليات الانفعالية للخوف ، والذى يفترض أن اضطرابات الضغوط التالية للصدمة تنجم عن تناول غير ملائم لمثير الصدمة ، والاستجابات ، والمعانى التى ارتبطت بها .

ويتطلب العلاج تنشيط ذاكرة الخوف ودمج المعلومات الجديدة غير المتوافقة (المتعارضة) مع البناء الحالى للخوف وبهذا تتكون ذكريات جديدة . وتنشط الذاكرة من خلال أساليب التعرض المشابهة لتلك التى استخدمت مع الضحايا ، الذين تعرضوا لأنواع أخرى من الصدمات . (مثل : جنود الحرب) (Fairbank & Keane, 1982) وبالتحديد ، يطلب من الضحية تذكر الاعتداء بالتفصيل ، وتساعد على عملية التذكر حتى يصبح الأمر غير مؤلم ، وذلك بالجمع بين التعرض للمثيرات الحية المخيفة (ولكن آمنة واقعيا) .

ويتم العلاج فرديا فى تسع جلسات ، مرتين أسبوعيا مدة كل جلسة تسعون دقيقة ، تخصص الجلستان الأوليان لجمع المعلومات ، ووضع خطة العلاج ، وشرح الأساس المنطقى للعلاج . وتوضع قائمة متدرجة هرميا للمثيرات الكبرى التى تخيف العميلة وتتجنبها . وفى بقية الجلسات يعاد تخيل منظر الاغتصاب ، ويطلب من العميلة أن تصفه بصوت مرتفع بصيغة الحاضر ، وتترك درجة التفاصيل للعميلة فى الجلستين الأوليين ، ثم بعد ذلك تشجع لأن يتضمن الوصف تفاصيل أكثر فأكثر للمؤشرات الداخلية والخارجية مثل : الأفكار ، والاستجابات

الفسيولوجية والعواقب التى تخاف منها ، ويعاد تكرار الوصف مرات عديدة كل جلسة ، (لمدة ٦٠ دقيقة) ويسجل على شريط . ويحدد للعميلة واجب منزلى : لتستمع للشريط وتنشغل فى واجبات حية ، وتختار هذه الواجبات من القائمة المدرجة هرميا ، والتى تماثل مستوى القلق (الذى درّج ذاتيا) الذى جابهته فى الجلسة . ويجب مراعاة الحذر فى الجلسات للتأكد من أن القلق ينخفض قبل أن تنتهى الجلسة ، ويمكن أن يكون ذلك بمساعدة المعالج إذا كان ذلك ضرورياً .

والتعليمات الإرشادية التى طورها لتز ، وبلاك ، وجيراردى وكين ,Litz, Blake, Gerardi and Keane, (1990) للعلاج بالتعرض تستخدم فى حالة التعقيدات ، مثل : الخوف الشديد ، أو عدم القدرة على توليد صور عقلية .

قد وجد أن هذه الطريقة أكثر فعالية مقارنة بمجموعة ضابطة على قائمة الانتظار (Foa et al., 1991) وأكثر فاعلية من طريقة التدريب على التطعيم ضد الضغوط بعد متابعة استمرت ثلاثة أشهر ونصف ، وهى تركز على كل من : عدم القدرة على التنبؤ ، وعدم القدرة على التحكم فى الصدمة ، ويمكن أن يصاحبها تدريب اضافى على مهارات ، (مثل : التدريب التوكيدى) إذا كان ذلك ضرورياً فى الحالات الفردية .

العلاج المعرفي :

العلاج المعرفى هو نموذج علاجى طور لمعالجة أعراض محددة لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة فى ضحايا الاعتداء الجنسى . (Resinck & Schnicke, 1992, in Press) ، ويتكون من ١٢ جلسة ، وهو برنامج علاجى مقنن ، يقوم على نموذج معالجة المعلومات لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة. والملامح التى تميز هذه الطريقة هى أنها تجمع بينَ المكونات الأساسية للعلاج المبنى على التعرض ، وإعادة البناء المعرفى للمكونات التى توجد فى معظم طرق العلاج المعرفى . فضلاً عن ذلك ، فإن الجزء المعرفى فى العلاج تتحدى مدركات محددة ، تميل غالباً إلى الاضطراب نتيجة للصدمة . ويحصل العملاء على واجبات منزلية محددة عند كل جلسة ، ويتم أغلب العمل العلاجى بين الجلسات ، ويتبع ذلك وصف مختصر لطريقة العلاج المعرفى . ويوجد عرض لحالة علاج معرفى فى نهاية هذا الفصل ، ومن يريد وصفاً تفصيلياً أكثر لخطوات هذه الطريقة يمكنه الرجوع إلى اليس وبلاك وريسيك ,Ellis, Black, and Resick

(1992) وريسيك (1992) Resick وريسيك وشنيك Resick and Schnicke (تحت الطبع 1992) . وفى مناقشة كل من فوا وستيكيتى ورثبوم Foa, Stekette and Rothbaum, (1989) وفوا وكوزاك (1986) and Foa and Kozak، لنظرية معالجة المعلومات فى اضطراب الضغوط التالية للصدمة وصفوا كيف يمكن تفكيك بناءات الخوف المتمكنة أو الراسخة واقترحوا وجود شرطين ضروريين لخفض الخوف ، هما :

١ – يجب أن تنشط ذاكرة الخوف .

٢ – يجب توفير معلومات جديدة لا تتوافق مع البناء الحالى للخوف ، لتشكيل ذاكرة جديدة . واقترحوا امكان التنشيط من خلال أى من شبكة العناصر الثلاثة : معلومات عن المنبهات والاستجابات ، أو المعنى . وقد أوصوا باستخدام أحد أنواع العلاج المبنى على التعرض لتحقيق هذا الهدف .

وترى فوا وآخرون Foa et al. (1989) أن التعرض المنتظم للذاكرة الصدمية فى بيئة آمنة يخدم فى تغير ذاكرة الخوف ويعاد تقييم إشارات التهديد ويعتاد عليها العميل . وعلى الرغم من ذلك . فأثناء تنشيط شبكة العمل أو الخطط فى بيئة آمنة يمكن أن يتغير بكفاءة إدراك الخطر ومن ثم الخوف ، وقد لا يكون هناك تغير فى ردود الفعل الانفعالية سوى الخوف ، دون مواجهة مباشرة للصراعات وسوء الإدراك ، والاعزاءات الخاطئة ، والتوقعات ، وقد تظل الضحايا لأمات لأنفسهن ويشعرن بالخجل والتقزز والغضب ، والارتباك ، وجميعها مشاعر حادة بما يكفى لأن تسهل الذكريات المقتحمة وردود فعل الإثارة والتجنب .

والطريقة التى تستخلص ذكريات الحادث ثم تواجه مباشرة الصراعات والمعتقدات غير المتوافقة قد تكون أكثر فعالية من التعرض فقط ؛ فالتعرض لفترة طويلة ينشط بنية الذاكرة ، ولكن لا يوفر معلومات تصحيحية مباشرة تتعلق بسوء الاعزاءات أو بالمعتقدات غير التوافقية الأخرى . والعلاج المعرفى والمصمم خاصة لعلاج اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، يوفر وسائل أخرى لتنشيط بناء الذاكرة ، وقد يتضمن معتقدات متعارضة ومعانى تنسب إلى الحدث ، وتوقعات متعلقة بالمستقبل ، قد لا يمكن استخلاصها بصورة أخرى من العلاج بالتعرض . لذلك ، يبدو أن تطبيق العلاج الذى ينشط ذكريات الحادث أكثر فائدة ، ويوفر أيضاً المعلومات التصحيحية للصراع ، والعزو الخاطىء أو التوقعات التى تتدخل فى المعالجة الكاملة ، أو تؤدى إلى أعراض أخرى (اكتئاب، تقدير ذات منخفض ، خوف) .

إن الافتراض الذى يكمن وراء العلاج المعرفى هو أن أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة عادة ما يسببها التعارض بين هذه المعلومات الجديدة والتصورات المسبقة . وقد يتعلق هذا التعارض بالخطر والأمان («لا أشعر بالأمان للخروج وحدى») ، ولكنه قد يعكس تعارضا آخر فى موضوع آخر مثل تقدير الذات ، والكفاءة ، والمودة (McCann & Pearlman, 1990a) . وهذا التعارض المعرفى يمكن أن يفسر أعراض الإقحام ، والإثارة ، واثارة التجنب التى تلاحظ فى اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، ومن هنا ، ففى الوقت الذى تكون هناك نماذج متضمنة تهدف لتقديم مفهوم أنماط التفكير الخاطىء أو الفروض ، فإن معظم التركيز فى العلاج المعرفى يكون فى تعرف النقاط الحساسة [1] وتعديلها (مثل : التعارض بين التصورات المسبقة والمعلومات الجديدة) .

إن مكونات التعرض فى العلاج المعرفى تختلف تماماً عن النمط الممارس عادة فى طرق علاج التعرض لفترة طويلة ، ففى العلاج المعرفى يكتب العملاء عن الحادث بتفصيل بما فى ذلك الذكريات الحسية ، والأفكار والمشاعر أثناء الحادث ، وهن يشجعن على الكتابة فى الوقت والمكان الذى يمكنهن فيه التعبير عن انفعالاتهن ، ويطلب منهن قراءة التقرير لأنفسهن يومياً . وأثناء الجلسة يقرأن التقرير بصوت مرتفع ، ويساعدهن المعالج على تسمية مشاعرهن وتعرف النقاط الحساسة ، وتستمر هذه المكونات للعلاج لمدة جلستين فقط ، وبينما يمكن القول بأن جلستين فقط لا تعتبرا تعرضاً لفترة طويلة ، إلا أن النتائج التى تم الحصول عليها حتى الآن لا تشير إلى أننا فى حاجة إلى وقت أكثر للصدمات المنفردة .

والنتائج التى تتعلق بالعلاج المعرفى واعدة ، ففى دراسة أولى ، شبه تجريبية ، قام بها رسك وشينك (Resick and Schnicke 1992) قارنا بين ١٩ عميلة، عولجن بالعلاج المعرفى وبين عشرين شخصاً على قائمة الانتظار . ووجدا أن مجموعة قائمة الانتظار لم تتغير عبر الوقت ، ولكن مجموعة العلاج المعرفى تحسنت بوضوح على جميع مقاييس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب. وذكر كل من ريسنك وشنيك (Resinck and Schnicke, in Press) نتائج أخرى لدراسة أجريت على ٤٥ امرأة ، حصلن على علاج معرفى سواء

(1) Stuck Points .

بالطريقة الفردية أو الجماعية ، وتتعلف النتائج المشار اليها لـ ١٩ مفحوصة اللاتى دوامن . أنه بعد فترة العلاج لم تعد المعايير الكاملة لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة تنطبق على ٨٨٪ من النساء اللاتى كانت تنطبق عليهن هذه المعايير . وبعد متابعة استمرت ٦ أشهر إرتفعت النسبة إلى ٩٢٪ . وقبل العلاج استوفت ٦٠٪ من النساء معايير الاكتئاب فى الدليل التشخيصى الثالث – المعدل ، وبعد العلاج استمرت معايير الاكتئاب موجودة لدى ١٤٪ منهن ، وبعد ٦ أشهر ظلت ١١٪ منهن مكتئبات .

متغيرات المعالج :

الجنس : بما أن الاغتصاب جريمة شخصية جداً ، وتقوم على العلاقات الحميمة التى تؤدى غالباً إلى عدم الثقة فى الرجال ، فإن قضية جنس المعالج تتصل بهذا الموضوع . وكثيراً ما تفضل العميلة أو تصر على أن يكون المعالج أنثى ، ولم تدرس فعالية المعالجين الرجال على وجه الخصوص . ولكن هناك شعوراً أنهم يمكن أن يكونوا فعالين للغاية إذا دربوا جيداً . (Resick et al., 1988) . وقد ناقش سلفرمان Silverman, (1977) وكوس وهارفى Koss, and Harvy (1991) قضايا المعالجين الرجال ، وتضمنت مناقشاتهم ميل الرجال إلى النظر إلى الاغتصاب كجريمة جنسية ، وليس كجريمة من جرائم العنف . (Burt, 1980) ولذلك يركزون كثيراً جداً على الجوانب الجنسية فى الموضوع .

الاتجاهات نحو الاغتصاب :

وسواء كان المعالج ذكراً أو أنثى ، فمن الضرورى أن يكون على دراية بالاغتصاب واضطرابات الضغوط التالية للصدمة . ويتضمن هذا ما كتب عن ردود فعل الاغتصاب ، والمتغيرات الوسيطة ، وكذلك الأساطير المتعلقة بالاغتصاب ، والاتجاهات نحو الاغتصاب ، ويأتى المعالج ومعه إدراكاته الحضارية المتعلمة ، وبالمثل تفعل العميلات . ويؤدى ذلك إلى تدخلات تتعارض مع كفاءتهم إذا اتبعوا أياً من المدركات المشوهة الشائعة عن الاغتصاب . (مثال : ذلك أن الاغتصاب يتعلق بالجنس ، أو أن معظم المغتصبين غرباء) وضحايا الاغتصاب يكن عادة فى غاية الحساسية على سبيل المثال للدلالات المتعلقة بكونهن ملومات بالضرورة ، وكثيرات منهن يتركن العلاج ، عندما يشعرن أن المعالج يلومهن سراً .

التأزم بالمشاركة (١)

قد يكون للعمل مع ضحايا الصدمة تأثيرات سلبية على المعالج، تماثل المشكلات التى تظهرها العميلات اللاتى يعالجهن ، وقد اصطلح على أن تسمى هذه العملية بالتأزم الثانوى أو التأزم بالنيابة عن الآخرين . وناقش كل من ماك كان وبيرلمان McCann and Pearlman (1990b) هذا التأثير كتشويه للمخططات المعرفية الخاصة بالمعالج عن ذاته وعن العالم . فسماعه للخبرات الصدمية للعميلة قد يكون صادماً ، ومؤديا إلى تغيرات مستديمة فى التوقعات والفروض ، والتى تؤثر بدورها فى مشاعر المعالج وعلاقاته . والعمل مع ضحايا الصدمة يمكن أن يتحدى افتراضات المعالج عدم الاستهداف والأمان ، والاعتقاد بالمثل أن العالم ذا معنى ، وأنه مكان مملوء بأناس يوثق فيهم . وتبعاً للنموذج الذى قدمه ماك كان وبيرلمان (1990b) ، فإن رد فعل المعالج يعتمد على درجة التعارض بين التخيل الصدمى والمخطط المعرفى للمعالج ، فعلى سبيل المثال ، إذا كانت خبرات المعالج المعقدة قد أدت إلى تطوير فروض (مخططات) تعتبر الأمن أو الأمان محوريا لرفاهيته أو لرفاهيتها فعمله مع ضحايا الجريمة قد يسبب له الضيق بسبب قابليته العالية للأستهداف . بالإضافة إلى ذلك فإن ذاكرة المعالج قد تتغير ؛ متضمنة صدمه ، يمكن أن تصبح اقتحامية .

ولكي نبطل تأثيرات التأزم بالنيابة عن الآخرين ، يجب أن يكون المعالجون معدين لتعرف هذه التأثيرات وأن يكون لديهم معلومات عنها ، وأن يتخذوا خطوات للتعامل معها ، وأوصى ماك كان وبيرلمان McCann and Pearlman باستخدام شبكة المرء المهنية كمصدر للمساندة واجتناب العزلة . والتحدث مع المعالجين الآخرين الذين يعملون مع الضحايا ، لأنهم يمكن أن يساعدوه فى تعرف تأثيرات التأزم بالمشاركة ، ويعيد ردود الأفعال هذه إلى مستواها الطبيعى . والاستراتيجيات الأخرى التى اقترحها ماك كان وبيرلمان تتضمن الموازنة بين الضحايا وغير الضحايا ، فى الانخراط فى أنشطة شخصية ومهنية أخرى ، وفى التعرف على الحدود الخاصة ، والعمل فى سبيل التغير الاجتماعى ، مركزاً على التأثيرات الإيجابية الشخصية لهذا العمل ، والطرق التى يمكن أن يثرى بها حياته .

---

(1) Vicarious Trumatization .

متغيرات العميل :

المقاومة :

قد يكون العملاء الذين يعانون من اضطرابات الضغوط التالية للصدمة سيئ السمعة من حيث صعوبتهن ، ويرجع ذلك إلى التناقض الوجدانى حول العلاج ، فهن يرغبن في المساعدة ولكنهن يخشين ذكرياتهن . كما أن أنماط سلوك التجنب، المتضمنة فى التجنب المعرفى ، جزء من محكات اضطرابات الضغوط التالية للصدمة . ولذلك فإن عدم الصراحة شائع فى الجلسة الأولى ، ويمكن ملاحظة كل من التجنب المباشر وغير المباشر خلال مراحل بداية العلاج. وإذا كان من الممكن فيتعين أن يبدأ العلاج عبر الهاتف قبل الجلسة الأولى . ويميل معدل عدم الصراحة إلى الانخفاض ، إذا عبر المعالج عن فهمه لتردد الحالة فى أن تأتى ويشجعها على الحضور . وعلى المعالج أن يصف التجنب كعرض لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة وكطريقة غير فعالة للمواجهة ، وإذا اعتبر أن الأمر لا يتعدى المقاومة ، فإنه يعد تدخلا فى فعالية العلاج . ولقد ناقش هذه الأمور والتحديات الأخرى عند العمل مع الضحايا كل من كوس وهارفى Koss & Harvey (1991) وكلباترك وفيرونن Kilpatrick and Veronen (1983) .

ضحايا الصدمات المتعددة :

أظهرت طرق العلاج التى عرضناها أنها تؤدى إلى تحسن ملحوظ مع ضحايا الصدمات المدنية خلال وقت قصير . وعلى الرغم من ذلك ، فعلينا ملاحظة أن معظم البحوث أجريت على ضحايا صدمة واحدة ، والحالات الأكثر تعقيداً ، خاصة تلك التى لها تاريخ مع صدمات متعددة قد تستغرق وقتاً أطول ، فطرق العلاج السلوكية المعرفية مرنة وقابلة للتكيف للحالات الأكثر تعقيداً . فضحايا الإساءة إلى الأطفال جنسياً تقدم لنا تحديات إضافية فالإيذاء الصدمى لديهم غالبا ما يتعارض مع النمو الطبيعى . وعادة ما يتورط فيه أقارب وأشخاص راشدون يوثق بهم ، ويمثل ذلك خيانة خطيرة من شخص يعتمد عليه الطفل فى أمنه وحمايته . وقد يحتاج العملاء أصحاب هذا النوع من التاريخ إلى وقت أطول؛ حتى يمكن معالجة وتكامل مثل هذه الخبرة . وقد يحتاجون إلى مساعدة أكثر مع تنمية المهارة أيضاً ؛ وكذلك مهارات التعامل مع الأشخاص الآخرين . وفى بعض الحالات يجب التركيز على اختلال الوظيفة الجنسية .

ويمكن أن يضاف هذا إلى برنامج العلاج الفردى ، أو يتم تحويل العميل إلى متخصص فى العلاج الجنسى ، ولكن فقط بعد أن يكتمل العلاج من الصدمة .

متغيرات موقف العلاج

العلاج الجمعى :

إن قرار استخدام العلاج الجمعى أو الفردى يتخذ عادة على أساس إكلينيكى وجوانب عملية ، وهناك بحوث قليلة تقارن بين الطريقتين ، ومعظم التدخلات التى أجريت مع ضحايا الصدمة قابلة للتعديل للاستخدام بالطرق الأخرى . وقد يكون العلاج الجمعى طريقة مساعدة مفيدة للعلاج الفردى فى كثير من الحالات ؛ فكثير من مراكز أزمات الاغتصاب ، ووكالات الخدمة العامة الأخرى تقدم جماعات مساندة لمساعدة الذات .

والعلاج الجمعى له مزايا متعددة تجعله سائغاً بين الضحايا تماما مثلما بين المهنين . وقد ناقش كل من كوس وهارفى Koss & Harvey (1991) عدة نقاط، منها : أن العلاج الجمعى يقلل من الإحساس بالعزلة الذى يشعر به معظم الضحايا، الذين ينسحبون من التفاعل مع الآخرين ، ويعتقدون أن الآخرين لا يفهمون مشاعرهم ، كما أنه يوفر المساندة الاجتماعية التى لا تتضمن غموضا أو لوما ، ويساعد فى تدعيم مشاعر وردود فعل الصدمة وجعلها طبيعية . والعلاج الجمعى يؤكد واقعية الخبرة الصدمية ، ويسمح بالمشاركة فى استراتيجيات المواجهة . إنه يقف ضد لوم الذات ويطور تقدير الذات . ولأن العلاج الجمعى أكثر مساواة بين الاشخاص من العلاج الفردى ، فيمكن أن يطور إعادة التحكم ويقلل من الاعتمادية، ويوفر بيئة آمنة لإقامة صلات وعلاقات حميمة وفرصة للمشاركة فى الحزن والفقدان . وفى النهاية فالعلاج الجمعى يمكن أن يساعد الضحايا على بلورة معنى للحدث ، وتطوير العمليات المعرفية .

والطرق الجمعية لها سلبياتها أيضاً ، إذ يجب العناية عند اختيار العملاء لتقدير استعدادهم للالتحاق بالمجموعة العلاجية . ويقترح ماك كان وبيرلمان McCann and Pearlman (1999a) أن يحصل العملاء ممن لديهم أعراض حادة لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، على العلاج الفردى بالتتابع مع العلاج الفردى والجمعى ، لأن الجماعات قد تظهر مشاعر قوية وذكريات يمكن أن تقهر الحالة غير المعدة لذلك ، ولأسباب مماثلة حذر كل من ريسك وماركواى

Resick & Markway (1991) من أن يشترك فى الجماعة أفراد يشتركون فى خبرات الاغتصاب خلال الجلسات القليلة الأولى . بينما يكون من المهم للشفاء المشاركة فى «قصص الحرب» فى وقت متأخر بين أفراد المجموعة أو فى العلاج الفردى لتجنب إخافة بقية أفراد المجموعة أو جعلهم حساسين للمواقف الأخرى المستهدفة والأفراد غير القادرين على الاشتراك فى العلاجى الجمعى ، فيما يرى كل من كوس وهارفى Koss and Harvey, (1991) وماك كان وبيرلمان McCan and Pearlman, (1990a) هم الذين يفكرون فى الإنتحار ، وأولئك الذين لديهم مشكلات حادة مع تعاطى المواد المخدرة ، والذين يشخصون بأنهم يشوهون ذاتهم ، أو يتعاطون المواد المخدرة مع اضطرابات الشخصية البينية ، والعملاء الذين تتصف حاتهم بعدم الاستقرار وعدم الانتظام ، والعملاء الذين لم يسبق لهم من قبل الحديث عن الصدمة أو ذكرياتهم عنها غير كاملة .

دراسة حالة :

سندى Cindy عمرها ٢٦ سنة ، التمست العلاج من إغتصاب تعرضت منذ عشر سنوات مضت ، ولأنها كانت قد عولجت من خلال دراسة علاجية جاريه وقتها ، فإنها قيمت من اختصاصى نفسى مستخدماً مقابلة مقننة ، وبطارية اختبارات من نوع تقرير الذات ، ثم حولت إلى المؤلفة الثانية (Patricia Resick) للعلاج، باستخدام الصورة المقننة من العلاج المعرفى .

خلفية العميلة :

عند بداية العلاج كانت سندى متزوجة وأماً لطفلين صغيرين ، ولم تكن تعمل خارج المنزل ، على الرغم من أنها كانت قد بدأت تعمل فى عمل حر ، وكان من المخطط أن تبدأ هذا العمل أثناء فترة علاجها ، وقد وصلت إلى السنة الثانية عشرة فى التعليم ، مع بعض الفصول فى مدرسة إدارة الأعمال .

وقد أصبحت سندى مكتئبة أثناء الخريف (قبل ثلاثة أشهر من بدء المقابلة) عقب علاقة غرامية دامت خمسة أسابيع . وبدأت أثناء هذه العلاقة ، تسترجع الأحداث التى وقعت منذ عشر سنوات سابقة . عندما تأكدت أن هذه العلاقة تتزامن مع نفس الوقت من السنة ، الذى كانت قد اغتصبت فيه ، فقطعت هذه العلاقة وأصبحت أكثر اكتئاباً ، وتثور كلما ظهرت على السطح ذكريات أكثر ، والآن فقط ، بعد عشر سنوات ، بدأت تسمى ما حدث سابقاً اغتصاب ، وقد التمست العلاج من قبل ثلاث مرات مختلفة ، وفى كل مرة جلسة واحدة فقط .

وفى المقابلة الاستهلالية ، أفادت سندى بأنها اغتصبت أكثر من مرة خلال فترة تمتد خمسة أسابيع من صديق قريب للعائلة ، وهو فى مثل عمرها ويسكن فى الشارع نفسه ، وهو من أسرة فاسدة ، وكانت أسرة سندى قد تبنته ، وكان أعز صديق لأخيها ، ولذلك كان يقضى وقتاً طويلاً فى منزلهم ، وكان والداها معجبين به ، وكانت علاقة سندى «بمارك» علاقة أخوة . وخلال المقابلة الاستهلالية أعطت سندى الخطوط العامة للأحداث فقط ، ولم تلتقى عينها بعين المعالجة ، ولم تدفعها المعالجة لإعطاء وصف تفصيلى للأحداث ، ولكنها استمرت فى سؤالها أسئلة مقننة .

وكشفت أسئلة المقابلة هذه أن سندى كانت بكراً قبل الاغتصاب ، ووثقت فى المعتدى إلى حد ما قبل الاعتداء . وهددها لفظيا ، على الرغم من عدم استخدام أسلحة أو إصابات جسمية ، ولكنها تعرضت لعدد من الممارسات الجنسية، منها الفمى ، ومنها المهبلى والشرجى . وأثناء الاعتداء ، كانت ردود الفعل الواضحة هى الشعور بالخدر ، والذنب والحرج ، والتورط ، ولم تخطر الشرطة بالحادث، ولم تتلق علاجاً طبياً . وفى المقابلة ، ذكرت سندى أنها وجدت ردود فعل سلبية من هؤلاء القريبين منها ، عند إفشاء أمر الاغتصاب لهم . وفى الوقت الحاضر فإن مساندتهم الاجتماعية قليلة ، وذكرت عدم وجود إساءة لها وهى طفلة، ولا مضايقة جنسية من محارمها . كما ذكرت سندى أثناء المقابلة الاستهلالية أنها تدخن القنب أحياناً ، وكانت فى موقف دفاعى لتعاطيها القنب ، وقالت إنها لا ترغب فى الابتعاد عنه . وذكرت أيضاً أن المعالج السابق جعل من هذا الأمر قضية ، وعندما أخبرت سندى المعالج أنها شعرت أنها كانت تستخدم المخدر بمثابة العكاز ، أخبرها أن هذا العكاز هو المشكلة ، وليس الأعراض ، ولم توافق ، وأخبرت المعالج أنها لا ترغب فى أن تجعله بؤرة العلاج ، وانقطعت عن العلاج.

وكانت درجاتها على كل مقاييس التقدير الأولية مرتفعة جداً ومماثلة لتلك الخاصة بضحايا الاغتصاب الآخرين ، والذين تلقوا علاجا من قبل Resick & Schnicke (1992) فلقد حصلت سندى على ٣٤ درجة على مقياس أعراض الضغوط التالية للصدمة ، و٣٥ درجة على مقياس الأفكار المقتحمة ، و٣٠ درجة على مقياس التجنب ، وحصلت أيضاً على ٣٦ درجة على مقياس بك للاكتئاب . بالإضافة إلى تلك المقاييس للتقدير الذاتى ، أعطيت نموذج اضطرابات الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب ، من المقابلة الإكلينيكية المقننة الخاصة بالدليل

التشخيصى الثالث المعدل (DSm-III-R) Spitzer, et al. (1987) ، وشخصت سندى بأن معايير اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، والاكتئاب الحاد تنطبق عليها .

وحضرت سندى متأخرة ٤٥ دقيقة فى أول جلسة علاج حددت لها . ووصف المعالجة سلوك سندى هذا باعتباره تجنب وكعرض طبيعى من أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، وتحدثت المعالجة عن كيف أن التجنب منعها من التعافى من الاغتصاب ؟ وإن سندى كانت فى حاجة إلى أن تواجه مخاوفها من الآن ؛ لكى تتعامل معها فى العلاج . وقد اعترفت سندى أنها كانت خائفة من الحضور إلى الجلسة ، وأنها ترى العاصفة (الانفعالات والذكريات) قادمة . وذكرتها المعالجة أنه بعد العاصفة سوف تجف الأرض وينبت العشب مرة أخرى ، فالماء المتدفق لا يدوم إلى الأبد ، وعبرت سندى بأمل عن المستقبل ، وقالت عن نفسها بعض العبارات الإيجابية ، واستمرت الجلسة عشرة دقائق وتم الترتيب لجلسة أخرى .

الجلسة الأولي :

وصلت سندى فى الوقت المحدد للجلسة التالية . والتى تُعد الجلسة الأولى الفعلية للعلاج وظلت ملتفة بمعطفها ومنكمشة فيه طوال الوقت . واعترفت سندى خلال الجلسة بأنها كانت تدخن الحشيش قبل الجلسة لتهدىء أعصابها ، وقللت المعالجة من أهمية الحشيش ، ولكنها صنفته كصورة أخرى للتجنب ، وطلبت ألا تتعاطى سندى الحشيش قبل الجلسات أو أثناء عمل الواجبات المنزلية التى تحدد فى كل جلسة . وبعد ذلك أثناء الجلسة ، عندما كانت تصف المجالات الوظيفية التى ربما قد تكون تأثرت بالاغتصاب ، وصفت استخدام الحشيش كمؤشر على وجود مشكلات مع الذات ، وتأثر القدرة على تهدئة النفس دون مواد مخدرة خارجية ، ووافقت سندى على أن تتوقف عن تعاطى المواد المخدرة ، أثناء التعامل مع قضايا العلاج .

وكانت أهداف جلسة العلاج الأولى هى :

١ - وصف أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة .

٢ - إعطاء العميلة إطاراً عاماً عن أسباب نشأة هذه الأعراض ولماذا لم تخف حدتها .

٣ – تقديم نظرة عامة عن العلاج لمساعدة العميلة على فهم أهمية استكمال الواجبات المنزلية وحضور العلاج ولإستثارة التعاون ولتفسير طبيعة التقدم فى العلاج .

٤ – بناء علاقة بين العميلة والمعالجة .

٥ – إعطاء العميلة الفرصة لكى تتحدث عن الاغتصاب أو القضايا الأخرى.

وبدأت المعالجة الجلسة باستعراض نتائج التقييم . وكانت سندى تعانى من اضطرابات الضغوط التالية للصدمة واكتئاب حاد أثناء العلاج ، وتم وصف أعراض الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب ، وقدم تفسيراً لتدوال المعلومات حول هذه الأعراض . ووصفت المعالجة كيف أن الاغتصاب يعد بالنسبة لمعظم الناس، حادث عارض : ولا يتفق مع المعتقدات المسبقة للشخص عن نفسه ، ولا عن الآخرين ، ولا عن للعالم. ولكى ندمج هذه الواقعة فى الذاكرة يجب أن تعدل المعلومات، وأن تتغير المعتقدات لتتلاءم مع الحادث . وأمثلة على هذا التعديل ، تحريف الحادث لكى لا يوصف بأنه اغتصاب ، أو لوم الذات لحدوثه . ويوصف التكيف المبالغ فيه باعتباره تغير المعتقدات بدرجة كبير نتيجة للاغتصاب (مثل : لا يمكن أن يوثق فى أحد) . ومجالات المعتقدات التى غالبا ما تتأثر بالاغتصاب ، هى : الآمان ، والثقة ، والقوة ، والتقدير ، والمودة . ووصفت المعالجة كيف يكون لدى الناس معتقدات فى هذه المجالات يتعلق بالذات أو بالآخرين . وأشارت المعالجة أيضاً إلى أنه إذا كان الفرد لديه بيئة تحميه ومعتقدات إيجابية سابقة للاغتصاب ، فإن هذه المعتقدات تميل إلى الاضطراب نتيجة للحادث . وعلى الرغم من ذلك ، فإذا كان الفرد لديه معتقدات سلبية قبل الاغتصاب فى أى من هذه المجالات ، فإن الاغتصاب سوف يؤكد هذه المعتقدات السلبية .

ووصفت سندى ، عند هذه النقطة ، طفولتها كطفلة سعيدة ، ووصفت منزلها كمنزل آمن وسط الحى ، وحيث يمكن لكل الأطفال الحضور للعب ، وحيث يجد بعضهم فيه الحماية عندما يكون هناك مشكلات فى بيوتهم ، وقالت إن والدها كان من المحاربين القدامى فى فيتنام ، وما زال يعانى حتى الآن من اضطرابات الضغوط التالية لصدمة الحرب ، ووصفته بأنه منغلق عاطفيا ، ولكنها تتحدث عنه بإعجاب . ووصفت أمها بأنها مهووسة بمساعدة الذات ، وقالت إن منزلهم كان مليئاً بكتب عن (مساعدة الذات) ، وصرحت أيضاً أنها على علاقة حميمة مع

أمها ، وسندى لها أخ واحد أكبر منها ، كانت قريبة منه حتى حدوث الاغتصاب.

وبعد أن وصفت طفولتها قبل الاغتصاب ، قضت سندى بعض الوقت فى وصف كيف تغيرت الأشياء بعنف بعد هذه الأحداث ، وذكرت سندى أنها أخبرت أمها بما حدث وأن أمها أوقفت الإساءة لها وعلى الرغم من ذلك فبناء على التقصى اللاحق من المعالجة ظهر أن سندى ذكرت لأمها أن مارك لاحقها وأن الأمر خرج عن تحكمها وأنها فى حاجة إلى العون للخروج من الموقف. ولكنها لم تخبر أمها أبداً أنها قد أغتصبت . ولذلك فإن أسرتها لم تفهم أبدا لماذا تغيرت . فبعد الاغتصاب انسحبت سندى من الأنشطة العادية لمدرستها الثانوية وبدأت ترتبط بالشباب أصحاب المشاكل ، وخلال السنة التالية لجأت كثيراً إلى الكذب وبدأت تشرب الخمر ، ووصفت نفسها بأنها عائمة داخل وخارج الواقع، وكانت تتعارك كثيراً هى وأمها ، وفى سنة تالية كان أحد أصدقائها يقود سيارته بإهمال وتحطمت ، وكانت سندى تركب معه . وظلت سندى مدة شهرين لا تذهب إلى المدرسة حتى يشفى ظهرها المكسور . وأصبحت «متمردة تماماً» ، وكانت تواعد شاباً متوحشاً سيئاً وأصبحت حاملاً منه ، ولم تكن تعرف ماذا تفعل. وفى ذلك الوقت تركت سندى الأمر لوالدها ليتدبر عمل اللازم ويرتب للإجهاض، على الرغم من أنها كانت قد وصلت إلى القرار نفسه ، وكانت سندى تأسف الآن أنها تخلت عن حقها فى أن تقرر . وليس لدى سندى الثقة للذهاب إلى الكلية . وتحدثت معها أمها للذهاب إلى مدرسة إدارة أعمال للتدريب على أعمال السكرتارية . وعملت سندى كسكرتيرة تنفيذية حتى هذه السنة ، وعندما بدأت العلاج ، كانت قد مكثت ٦ أشهر دون عمل ، وكانت قد تزوجت لمدة خمس سنوات ولديها طفلان.

وكان تعليق المعالجة بعد أن سمعت هذه القصة هو : «عندما حدث الاغتصاب، أخرجك عن الطريق السوى» وكانت استجابتها هى : «نعم ، لقد ضعت» ولحسن الحظ كان لدى سندى «حاسة جيدة » لتتزوج من رجل جيد ، كان سنداً لها ولم ييأس منها بعد ما حدث ، لقد كان سنداً قويا لها لمحاولتها الحصول على العلاج .

وعند هذه النقطة فى الجلسة ، تم السياق التالى من الحديث بين سندى (س) والمعالجة (ع) .

س : (مستثارة) أنه أمر سئ للغاية أن لا تفكرى فى الأمر .

ع : يحدث ذلك عندما يكون التجنب سيفاً ذا حدين ، فهو يجعلك من ناحية أكثر راحة في لحظة ، إذا أنت أبعدته ، ولكن لا يتركك تتحسنين أيضاً من الناحية الأخرى .

س : لا ...

ع : إن متوسط الفترة التى يتطلبها حضور الفرد للعلاج هو ثمانى سنوات بعد حدوث الصدمة .

س : (فتحت فهما مندهشة) لقد كنت محرجة للغاية ، لقد ظننت أننى أخرج من قاع برميل .

ع : لا ... ولكنك حالة نمطية. فعندنا حالات جاءت مبكرة قليلاً ، ولكن لدينا نساء جئن بعد ٣٠ سنة .

س : أظن أنك توصلت إلى نقطة تكون قد بدأت فيها الاتفاق مع تفكيرك مرة أخرى – حيث تقولين ، يتعين التعامل مع الأمر .

ع : لن نذهب بعيداً ، لقد وصلت إلى نقطة تقولين فيها «مهما أفعل ، فليس منه فائدة» .

س : أنت تقولين : «هذه كانت حياتى وهكذا كانت ... وها أنذا الآن .. هنا اليوم» .

ع : ما سوف نفعله منظم جداً ، سوف أعطيك واجبات منزلية ، وكل شيء سوف ينبى على ما قبله ، الأمر الأول الذى سوف نبدأ به أن واجب كتابى، وفى المرة القادمة سوف نتحدث عن المشاعر ونسميها ونعمل على الصلة بين التفكير والمشاعر ، ماذا تقولين لنفسك ، ما هى معتقداتك ، وكيف تشعرين ، ومن هنا ، سوف تقومين ببعض الكتابة عن الاغتصاب ، وليس مجرد نسخة من دفترة الشرطة ، ولكن الواقع ...

س : اغتصاب .

ع : (تومىء برأسها) نعم ، وهذا يعنى المشاعر ، وما تتذكرين وكل الأشياء التى لا تتذكرينها ، الأشياء الصعبة التى سوف نضمها فى العلاج . ذلك هو ما سوف تعملينه حتى ولو لم ترغبى .

س : (مستثارة) أوه ، يا إلهى .

ع : سوف تصبح أسهل بعد ذلك .

س : (تغطى وجهها) أوه ، لا .

ع : هذا لكى نساعدك على التذكر ، نحن لا نريد أى أبواب مغلقة فى عقلك ، لقد حان وقت تغيير هواء هذه الغرف .

س : إنها أصعب الاشياء التى يمكن فتحها .

ع : إنها كذلك، ربما هناك بعض النقاط تكون أصعب الأجزاء فى تذكرها . وتلك هي التى سوف يتحتم علينا أن ندخل فيها . ونخرجها هنا ونضعها باللون الأبيض والأسود ، ونتحدث عنها ، نضعها فى الخارج هنا أمامك ، ومن ثم يمكنك أن تتقبليها . إن تصبح المشاعر أسهل بمرور الوقت ، وهذا هو الشيء الذى يمكن أن أعدك به ، وعندما تتركى نفسك لتشعرى بمشاعرك عن بعض الأشياء ، تصبح أسهل في كل مرة ، وحينئذ فى نهاية الأمر لن تضايقك بعد ذلك . ومن ناحية أخرى ، إذا كانت لديك هذه المشاعر القوية ، واحتفظت بها ، عندئذ فى كل وقت تفكرين فيها ، تشعرين المشاعر نفسها كلها مرة أخرى . لذا وينبغى علينا أن نترك كل المشاعر تخرج ونتركها تجرى فى مجراها .

س : إنها تستثير نار جهنم فى داخلى .

ع : أعرف ، أعرف ، وسوف نقوم بمساعدتك على أن تشجعى نفسك لمواجهتها. وعملى هو أن أجلس هنا وأضعك على الطريق السليم ، أجعلك لا تتجنبين الأمر ، وأكون منصتة خلال كل هذه المباريات الصغيرة ، التى تلعبينها مع نفسك ، وأقول «الآن ما الذى تخطيتينه هنا» ؟ .

س : سأفعل .

ع : اذن ما الذى سوف استمع له اهو بعض النقاط الصعبة هنا أو هناك ؟ هل هناك اجزاء متناثرة من الذاكرة لا تستطيعين تذكرها ؟ أنت تعرفين ، المكان الذى توجد فيه هذه السجلات ...

س ، ع : (معاً فى آن واحد) صعب .

ع : من الأفضل أن تعملى معى عن أن تختبئى منى ، نحن فى حاجة للعمل معاً .

شرحت المعالجة أن هناك ثلاثة أهداف رئيسية للعلاج : هى تذكر وتقبل الاغتصاب ، وسمح لسندى أن تشعر بانفعالاتها وتتركها تأخذ مجراها (تخمد) ، ولذلك يمكن أن تتخلى عنها الذاكرة دون أن تظل هذه المشاعر القوية عالقة بها. وأن نعيد المعتقدات التى تكون قد اضطربت وشوهت إلى التوازن. وبعد وصف العلاج ، أعطيت سندى أول واجباتها ، لتكتب عن معنى الحادث ، وأعطى لها هذا الواجب لتحدد تفسيرها للاغتصاب ، ولتبدأ فى تحديد ما هو التمثل والتكيف ، والتكيف الزائد الذى حدث منذ الاعتداء . والنقاط الصعبة ، ومواقع الصراع بين الحادث والمعتقدات التى كانت قبله ويحدد كل ذلك غالباً أول واجب . وأعطى الواجب كما يلى :

رجاء اكتبى ما لا يقل عن صفحة واحدة عن ماذا يعنى لك أنك قد أغتصبت . رجاءً ضعى فى الاعتبار الآثار التى سببها الاغتصاب ، على معتقداتك عن نفسك ، معتقداتك عن الآخرين ، معتقداتك عن العالم ، وضعى فى الاعتبار الموضوعات التالية عندما تكتبين إجابتك ، الأمان ، والثقة ، والقوة/الكفاءة ، والتقدير ، والمودة ، واحضرى الواجب معك فى الجلسة القادمة .

الجلسة الثانية :

كان الغرض من الجلسة الثانية هو مناقشة معنى الحادث . ومساعدة العميلة على البدأ فى وصف الانفعالات ، والتعرف على الأفكار وإدراك الصلة بين ما تقوله لنفسها وكيف تشعر . لقد وصلت سندى الجلسة بانفعال واضح وبكت عدة مرات خلال الجلسة . وقالت إنها كانت تشعر بالغضب الشديد طوال الأسبوع ، وأنها كانت مشمئزة من المجتمع وخاصة رجال السياسة والناس الذين لديهم المال والقوة . وقالت إنهم جميعا شرهون ويعملون لمصلحتهم الشخصية . وعبرت عن قدر كبير من الغضب على محاكمة وليم كندى سميث ، التى حدثت قبل أن تبدأ العلاج مباشرة ، وأصبح من الواضح أمام المعالجة أن سندى تفرط فى تعمم قدر كبير من الغضب وعدم الثقة فى المغتصب الذى التحق بالأكاديمية الحربية والمستقبل البراق على كل الناس الذى يملكون المال والقوة . وشعرت أيضاً بالغضب من الناس الذين حولها ، الذين لم يتعرفوا على مقدار ما تعانيه من ألم .

س : لقد نجوت من كثير من الناس . ولم أتحدث مع أحد منهم .

ع : ولكن لم تخبريهم أيضاً .

س : لا ، ولكن كان هناك مؤشرات ، لقد أعطيتهم مؤشرات ، ولكنهم اختاروا أن لا يروا أو يسألوا .

ع : هل كنت غاضبة طول الوقت ، أم هذا الأسبوع فقط ؟

س : طول الوقت ، ذلك هو السبب فى أننى حولت الألم إلى الداخل .

واستمرت العميلة فى القول أنها فى ذلك الوقت لم تكن تملك الشجاعة لتخبر أسرتها. وعندما سئلت ، قالت سندى إنها فكرت أن والديها سوف يصدقانها ولا يلومانها (مشكلة متكررة مع ضحايا الاغتصاب فى سن المراهقة) ولكنها مع ذلك لم تكن ترغب فى أن تكسر قلبيهما . فقد أخذا مارك فى منزلهما وعاملاه كابن ، وكانا فخورين جداً بإنجازاته .

وحاولت المعالجة اعادة صياغة قرار سندى بأنها ظلت صامتة ليس عن جبن ، ولكن حماية لوالديها ، وبالتالى فهذه شجاعة ، وعندئذ آنتقلت سندى نحو موضوع غالباً ما يثار مبكراً فى العلاج .

س : لماذا حدث ذلك ؟ لماذا ؟ لماذا ؟

ع : لماذا حدث الاغتصاب ؟

س : نعم ، لماذا فعل ذلك معى ؟ لماذا كان علىَّ أن أعانى هذه المشاعر ؟ أنا نتاج بيئتى . حقيقة هذا هو شعورى .

ع : كلنا كذلك إلى حد ما .

س : نعم ، إننا كذلك .

ع : ما الإجابة التى أعطيتها لنفسك فى هذه النقطة لهذا السؤال عن لماذا ؟ لماذا حدث ذلك؛ ؟ لماذا كان عليك أن تعانى هذا ؟

س : لأنه ، مجرد ، هذه حياتى ، هذا هو ماضى (تضحك) هذا ما حدث .

ع : ولكنْ أنت ما زلت تسألين لماذا ؟

س : أظن أن سؤالى عن لماذا ؟ نشأ من ، أنت تعرفين ، لماذا حصلت على ذلك منى أيها السافل وليس من الأخرين ، (توقف طويل) ، أنت تعرفين ، إنه ليس لماذا حدث ذلك معى ، الشىء الوحيد الذى يصيبنى بالغضب الشديد من نفسى (بكاء) لماذا تركته يفعل ذلك ؟

ع : أنت لم تتركيه .

س : أعرف .

ع : أنت لم تتركيه يفعل ذلك ، مجرد أنه فعل ذلك .

س : لقد حدث . لقد كنت فى الخامسة عشرة ، وكنت مرعوبة للغاية .

ع : ومشوشة .

س : نعم ، ووحيدة ، أظن هذا هو السبب فى أننى غاضبة ، لأننى كنت وحيدة ، ...... عن كثير من الناس ، لقد مسحت كل الذكريات الحسنة .

ع : إنه قرار مرعب لفتاة عمرها ١٥ سنة ، تحاول أن تقترب من الناس ، عندما تشعر بشعور سيىء نحو نفسها . وأحياناً عندما يكون الشخص فى مثل هذا الوضع ينسحب ، لأنها تكون خائفة جداً من أن تتضاعف الصدمة عندما يرفضها الناس الآخرون . إنه يبدو أنه من الأفضل دائماً أن تنأى بنفسك من أن يرفضك الناس الآخرين ، وبذلك تكونين قد بدأت أنت برفضهم .

س : حسنا ، ففى السنة التالية كنت مشوشة حقاً .

ع : (همهمه) .

س : يمكن أن أرى كيف أربكتهم ، وهذا هو الذى يوضح لماذا قلت ، أنت تعرفين، إننى أعطيت إشارات .

ع : ولكن لم يكن لديك مسمى لما حدث لك ؟ هل كان لديك مسمى؟ أنت لم تقولى . «أنا أغتصبت» هل قلت ؟ لذا حتى لو سألوك ، فأنت لم تكونى قادرة على أن تصيغها فى كلمات لتعبرى عما حدث .

س : أنا لم أعتبره اغتصاباً ، ولم أعرف ماذا أعتبره .

ع : لقد عرفت أنه كان أمرا مرعباً ، ولكن لم يكن لديك مسمى لفظى له .

س : لقد كنت خجولة جداً مما حدث .

ع : متى بدأت تسميته اغتصابا ؟

س : منذ شهرين .

ع : هذا حديث ، ولماذا ليس قبل ذلك ؟

س : أنا لا أذكر ، أظننى كنت غاضبة لسنوات طويلة .

عند هذه النقطة طلبت المعالجة من سندى أن تقرأ واجبها المنزلى بصوت

مرتفع للمعالجة ، والعملاء الذين يعالجون علاجا معرفيا فرديا ، يطلب منهم دائماً قرأه واجباتهم المنزلية بصوت مرتفع ، وإذا كان المعالج هو الذى يقرأها ، فإن العملاء يمكن أن ينفصلوا عن السياق أو يتجنبون بالاحرى ردود فعلهم الخاصة لما كتبوه . وكتبت سندى :

عندما اغتصبني مارك اغتصب عقلي أيضاً وتلاعب به ، ولم أعد أثق بعد ذلك في أحد ولا حتى في نفسى . لقد كنت متألمة وغاضبة من العالم وكنت أيضاً مرعوبة جداً ، لا أشعر بالأمن فى أى مكان . ما لم أكن فى غابة ، لقد كرهت غرفة نومى ، التى كانت دائماً أكثر الأماكن أمناً لى ، لقد كانت حيث اغتصبت فى كل مرة . لقد كنت غاضبة لأنه حصل منى على ذلك ، لاغتصابه لى فوق سريرى ، لقد كان على أن أنام فى السرير سنتين اخريتين ، لم آخذ معى شيئاً عندما انتقلت من البيت . لقد تناثرت كل تلك السنوات التى لها ذكريات حسنة . لقد شعرت بأنه لا يوجد شيء مقدس ، أو خاص . لقد ابتعدت عن طفولتى ، وأصدقاء المدرسة المتوسطة ، والثانوية والكلية والعمل . أشعر أن ذلك يتعلق بالمودة. أن أبتعد وأهرب من أناس كثيرين جعلنى حزينة حتى أننى أدرت ظهرى مبتعدة عن كثير من الناس . لقد خلق الاغتصاب لدى «كراهية» نحو المجتمع ، والدين ، ورجال السياسة وخاصة رجال الأعمال . بعد الاغتصاب كنت ضائعة جداً ومجروحة ومتألمة ، ووحيدة . وبدا أن المجتمع يبحث عن مصلحته الخاصة فقط وغير متوازن ، قبل الاغتصاب كنت أرى العالم هكذا إلى حد ما ، ولكن كان لدى الكثير من الأمل ، كان معظم الناس جيدين ، كنت سأبدأ بعمل شيء جديد ، عندى الكثير من الحب والحنان الذى يمكن أن أعطيه .

بعد الاغتصاب وخلاله ، بدا لى العالم قاسيا وغريباً . معظم الناس شرهون ، يتصرفون تبعاً لمصلحتهم الذاتية . ولقد أكدت ذلك عائلة كنيدى، وكل مرة أشاهد الأخبار أو أقرأ الصحف تتأكد هذه الفكرة .

لقد حولت بعض هذا الغضب نحو نفسى ، لأننى سمحت بحدوث الاغتصاب ، هذا الغضب الداخلى خلق حالة من الحرب فى عقلى ، وقضت هذه الحرب كثيراً على ثقتى فى نفسى وتقديرى وهويتى .

كان قلبى ينكسر عندما أنظر إلى الخلف ورأى مقدار ما فقدت ، الذكريات والمشاعر التى أشعر بها لنفسى . إنه لمن المؤلم أن يملك أحد الأشخاص القوة ويريد

تجريد شخص آخر مما لديه ، لقد أخذ مارك هذا منى .

كان واجبها المحدد والموضوع الأول الذى أثارته فى العلاج جعل النقطة الأولى المثارة واضحة والتى تتطلب مواجهة ، كانت سندى قد استوعبت أنها وصفت الأحداث بصعوبة كاغتصاب ، وأنها اعتقدت أنها تركت ذلك يحدث . إنها ثابتة إلى حد كبير إلى عدم ثقتها فى المجتمع ، ولديها القدر الكبير من الغضب الذى أصبح غضباً من كل الناس . إن لديها مشاعر متناقضة نحو المغتصب ، وشعرت أن أسرتها لم تكن سنداً لها ، وحتى مع ذلك فقد اختارت ألا تخبرهم بما حدث ، وعبرت أيضاً عن مشاكل تقدير الذات ، وعلى الرغم من أن الأمان لم يظهر كقضية رئيسية ، فإن الثقة والقوة ، والتقدير والمودة كلها قد اضطربت .

بعد قراءة ما كتبته سندى ، سألتها المعالجة عن مشاعرها ، قالت سندى «ضياع ، وحزن» ، من هنا وصفت المعالجة كم هو مهم أن يكون المرء قادراً على وصف الانفعالات ، والبدأ فى تعرف ماذا تقول لنفسها ، وناقشت المعالجة العميلة ، كيف أن التفسيرات المختلفة (العبارات التى نحدث بها أنفسنا) للأحداث يمكنا أن تؤدى إلى ردود فعل انفعالية مختلفة تماماً . وخرجا بأمثلة عديدة عن كيف أن التغير فى التعبيرات التى نقولها لأنفسنا يؤدى إلى ردود أفعال مختلفة . وأشارت المعالجة إلى أن هناك بعض التفسيرات وردود الفعل التى تنجم طبيعيا عن الاغتصاب ولا تحتاج إلى أن تغير . وعلى سبيل المثال ، إذا قالت سندى أن حقوقها قد انتهكت وتشعر بالغضب ، فإن المعالجة لا تعترض على هذه العبارة ، ولكن تشجعها على أن تشعر بغضبها وتدعه يأخذ مجراه ؛ وإذا تعرفت أنها فقدت شيئاً ما ، فإنه من الطبيعى جداً إن تشعر بالحزن . وعند هذه النقطة قالت سندى «إن مشاعرى ترعبنى ، ما الذى يمكن أن أفعله مع الغضب» . أعطتها المعالجة عدة خيارات «أشعرى بها ، أو اكتبى عنها ، أو ابكى أو تحدث مع شخص آخر ، إذا أردتى أن تستهلكى الطاقة ، فافعلى ذلك بطرق بناءة ، اجرى ، امشى أو نظفى المنزل ، لا تفعلى أشياء عدوانية» وتأكدت المعالجة أن سندى تستطيع أن تميز الغضب من العدوان ، وأن فلسفة المعالجة لا تقوم على جعل العميل يمارس العدوان كطريقة للتعبير عن الغضب (فلا تضرب المخدة مثلا) ، وذكّرت المعالجة أيضا العميلة بأن لديها مهارات كثيرة جيدة للمواجهة .

وأعطيت سندى بعض أوراق مقسمة إلى أ ، ب ، جـ كواجب منزلى لتبدأ تعرف ماذا كانت تخبر نفسها ؟ وماذا كانت انفعالاتها ، وأعطيت سندى التعليمات لأن تكتب حدثا تحت الحرف أ فى العامود الأول . وهو بعنوان «شيء ما حدث» وتحت العامود الأوسط ب» أخبرت نفسي شيئا ما» ، وطلب منها أن تسجل أفكارها حول الحدث . وتحت العامود جـ «أشعر/أو أفعل شيئاً ما» . طلب منها أن تكتب استجاباتها السلوكية والانفعالية للحادث . وأشارت المعالجة إلى أن ما يقوله شخص ما لنفسه كثيراً ، فإنه سيصبح فكره آلية وبعد فترة يصبح فى غير حاجة للتفكير بوعي فى الأفكار ، ولكنه يذهب مباشرة إلى المشاعر ، ولذلك فمن المهم أن نتوقف وأن نتعرف الأفكار الآلية ؛ لكى نقرر ما إذا كانت مفهومة ومعقولة أم يجب تغييرها .

الجلسة الثالثة :

قدمت سندى واجبها المنزلى للمعالجة بمجرد وصولها ، وأطلعت المعالجة على الأوراق مع سندى ، وأشارت إلى أنها قامت بعمل جيد ، ويعرض شكل ١ : ٢ بعض هذه الواجبات المنزلية .

ولأن الهدف من التدريب هو تعرف الأفكار والمشاعر ، وليس المواجهة القوية لها فى هذه المرحلة ، فقد لاحظت المعالجة أن لوم الذات ظهر مرة أخرى ولكنها لم تناقش ذلك مع العميلة . غير أن المعالجة كررت القول بهدوء أن سندى لم تترك مارك يغتصبها ، وأشارت إلى أن «البديل لذلك مروع – إنك لم تتركيه ولكنه فعلها على أية حال» .

وسألت المعالجة سندى لماذا تركزى على تد كندى وليس على وليم كندى سميت ، قالت سندى «تد كندى أسوأ ، إن له سلطة سياسية ، وقتل فتاة وهرب بجريمته ، ودافع عن ابن أخيه» وبالنظر إلى الأفكار المتعلقة بالمجتمع ، قالت المعالجة إنها لم تفهم كيف أدت العبارات الذاتية ، إلى المشاعر التى سجلتها سندى. وفكرت سندى لعدة دقائق فى معتقدها بأن كل الناس سيئون ، وأن هناك عنف وفقر ويجمع الناس الذين فى السلطة الكثير من المال ، فى حين أن الآخرين دون مساكن . لقد كانت فى منتهى الإثارة وهى تتحدث وكانت تبكى أحياناً ، وسألتها المعالجة : هل الناس الذين يحاولون مساعدة من لا مساكن لهم سيئين أيضاً ؟ أجابت سندى أن القيام بذلك ليس كافياً ، وقررت المعالجة أن ترى إلى أى مدى سوف تتمسك سندى بإعتقادها بأن كل الناس سيئون ، وسألت ما إذا كانت

التاريخ .... رقم العميلة ....

المترتبات	المعتقد	تنشيط الأحداث
ج ←	ب ←	أ
«أشعر بشيء ما أو أفعله»	«أخبرت نفسي شيئاً ما»	«شيء ما حدث»
أشعر بالضياع	سمحت بحدوث ذلك	أغتصبت
أشعر بالضياع	أخبرت نفسي أنه تم أستغلالي	عذريتي أخذت مني
أشعر بالارتياح والأمل	أخبرت نفسي أن الأمر لايستحق	أشعر برغبة لتدمير
أشعر بالمرارة وعدم الفهم	سيعاقبه الله .	تد كنيدي
	أعرف مما رأيته . إنهم كذلك	لم أقل أن كل الناس سيئين
أشعر بأنني في حالة جيدة	أنا فخورة إنه زوجي .	زوجي مساند

هل يبدو ما ذكرتيه لنفسك فى ب معقولا ؟ ....

ما الذى تقولينه لنفسك فى مناسبات مشابهة فى المستقبل ؟ ....

شكل (١ : ٢) صحيفة أ ، ب ، جـ

سندى تضم الناس الذين لا مساكن لهم إلى السيئين .

س : لا .

ع : أنت قلت كل .

س : لم أضمهم إلى التيار العام للمجتمع (توقف) . أعرف أننى ربطت بين كثير من هذا فى عقلى ؛ لأن مارك أخذ الطريق نفسه ، وفى نظر المجتمع يعتبر ناجحاً جداً.

ع : وكل فرد يكون فى هذا الوضع يشبه مارك .

س : نعم ، لأنهم من المحتمل أن يكونوا من نمط الذين يهربون ولا يتورطون ، ولذلك يمكنهم الاحتفاظ بما يملكون .

ع : (فى محاولة لنرى هل يمكن أن تتزحزح) ربما يكونون كذلك وربما لا ، هناك نوع آخر من الناس .

س : (توقف) أنا أعرف أنهم ليسوا جميعا سيئين .

على الرغم من أنه ليس واضحاً فى البداية لماذا لا تزال سندى توجه غضبها إلى المجتمع ، فلقد بدا للمعالجة أنه من المحتمل أن يكون ذلك أكثر من تعميم مبالغ فيه من مارك إلى كل ناجح وصاحب سلطة ، وبتركيزها على غضبها المعمم ، ساعد ذلك على انحراف بعض مشاعرها عن القضية الأساسية ، وهى اغتصابها . ولأن الموضوع غامض وعام ، كانت تتجنب التحدث عن دقائق ما حدث لها . ولأن الهدف بالنسبة للعميلة هو أن تتحدى وتفكك معتقداتها الخاصة ، فقد تحسست المعالجة القضية دون أن تضغط كثيرا . وعلى الرغم من أن سندى تتحرك بعيداً إلى حد ما عن موقفها المتطرف أثناء الجلسة ، فإن المعالجة لم تتوقع أى تغيرات مثيرة ، فلقد كانت المعالجة ، تركز فى الغالب على أن تكون مسانده ومقيمة لعلاقة تساعد العميلة على الاندماج فى الجلسات الأكثر صعوبة، والتى سوف تأتى لاحقاً . وظلت المعالجة هادئة أثناء كلام سندى الساخر العنيف ؛ لأنها لم تكن تريد تدعيم التجنب بالانشغال عن المناقشة الرئيسية بالحديث عن المجتمع وكل كوارثه .

ولقد أثنت المعالجة على العميلة لقدرتها على تعرف الأفكار والمشاعر وتسميتها ، وقالت المعالجة أنها تريد من سندى التركيز على كليهما فى واجباتها المنزلية للجلسة التى تكتب فيها عن الاغتصاب . وسألت سندى عن أى اغتصاب تكتب إذ كان هناك سلسلة من الاعتداءات . وسألت المعالجة سندى : أى الاعتداءات كان صادماً أكثر لك ؟ فأجابت : إنه كان الأول ، فطلبت منها أن تبدأ به ، وطلبت من سندى أن تكتب فى الواجب المنزلى وصفاً تفصيلياً يتضمن تفاصيل دقيقة قدر الإمكان . وطلبت منها أيضاً أن يتضمن الواجب تفكيرها ومشاعرها أثناء الاغتصاب ، وأعطيت تعليمات بأن تبدأ بأسرع ما يمكنها ، وأن تختار المكان والوقت اللذين تتوافرفيهما الخصوصية لها وعليها التعبير عن مشاعرها . وإذا لم تكن قادرة على استكمال ما هو مطلوب فى جلسة واحدة ، فعليها أن تضع خطا حيث توقفت . (والموضع الذى تتوقف عنده العميلة غالبا ما يكون هو الذى حدث فيه موقف صعب فى الحادث ، وحيث توقفت عن المقاومة ،

وحدثت بعض الأمور الشنيعة على وجه الخصوص ، وهكذا وعندما يمكنها استئناف الكتابة ، كان على سندى أن تقرأ ما كتبته ، وتكتب أكثر . وذكرتها أيضاً إنه إذا كانت هناك أجزاء لا تستطيع تذكرها ، فعليها أن تضع خطا ثم تستمر فى كتابة النقاط التى تذكرتها ، وطلب منها كذلك أن تقرأ ما كتبته لنفسها كل يوم حتى موعد الجلسة القادمة .

وأخبرت سندى أن هناك عدة أهداف للواجب : أن تستعيد كامل الذكريات ، وأن تشعر بانفعالاتها إزاءها ، لكى تبدأ المعالجة والعميلة بالنظر فى النقاط الصعبة– وأعيد التأكيد مرة أخرى لسندى أنه على الرغم من أن هذا قد يكون أسبوعاً صعباً بالنسبة لها ، فإنه لن يستمر بهذا القدر من التوتر ، وأنها سوف تعبر حالا أصعب جزء من العلاج .

الجلسة الرابعة :

فى بداية الجلسة طلبت المعالجة من سندى أن تقرأ ما كتبته ، وقبل أن تبدأ سألت سندى المعالجة أن تذكرها بفوائد القراءة ، قامت المعالجة بتذكير سندى بما تحدثا عنه فى الجلسة السابقة ، وأضافت أن قراءتها بصوت مرتفع يساعدها على إثارة جميع الذكريات ومشاعرها نحوها ، وقرأت سندى بهدوء ما كانت قد كتبته باكية معظم الوقت :

كنا نرقص فى الغرفة الأمامية ، كنا نتدرب طوال الوقت ، وكانت هناك أغنية بطيئة هادئة ، لم نكن نرقص رقصاً بذيئاً ، كنا نتدرب حتى يمكن أن ننتصر فى مباراة ، وأيضاً لأن كلاً منا يحب الرقص ، وكنا نرقص معاً ، ونحن نرقص قبلنى ، وواصلنا الرقص وكنت استمتع به ، حرك يده على صدرى ، وللحظة قصيرة كان شيئاً حسناً ، ولكن كان عندى صديقاً ، دفعت يده بعيداً ، ونظرت له نظرة بغيضة ، ولكننا واصلنا الرقص ، وكان ما حدث يبدو كجزء من الرقص.

وعندما انتهت الأغنية كان يبتسم لى ، وكان قضيبه منتصبا ، شعرت بعدم الراحة للغاية وارتبكت، لم يقبلنى أبداً ونحن نرقص ، شعرت بالتهديد داخلى ، أنا واقفة هناك أحاول فهم الموقف ، عندما وضع ذراعيه حولى وبدأ تقبيل عنقى ، دفعته بعيداً ولكنه أحكم ذراعية حولى ، وهمس بأنه يمكن القول أننى أحب ذلك، وسيكون لذلك طعم حسن ، هيا ولن أخبر أى شخص . ولا حتى صديقك على وجه الخصوص ، وقد اغضبنى هذا ، لقد أثار اشمئزازى ، وحاولت أن أبتعد عنه ، وكنت أتحدث بكراهية ، وأخبرته بأن يتركنى وحدى ، وأن يتركنى أذهب ويسكت،

أحكم قبضته أكثر ، دفعني من الصالة إلى غرفة النوم إلى السرير وسقط فوقي ، وحاولت أن أتلوى لأبعد عنه ، لم أستطع الذهاب بعيداً ، يداه كانتا مطبقتين حول معصمي وجعل رجليه تتشابكان مع أعلى رجليّ ، ووضع ساعدي الأيمن تحت إبطه الأيمن وأمسك معصمي الأيسر بيده ، وجذب بيده اليسرى سروالي إلى أسفل، ثم سرواله وابتسم لي في الوقت الذي حرك فيه بلطف عضوه كما لو كان يريدني أن أعرف أن ذلك شيئ حسن . حاولت الإفلات مرة أخرى . وضع كلا يديه على معصمي ثم أبعد رجليّ بعيداً برجليه صرخت بأعلى جزء من رئتي ، عندما وضع نفسه فيّ ، دفع بذراعي على فمي ، ثم بدأ تقبيلي في كل جزء بلطف ، رقدت هناك شاعرة بالخداع ، كنت أبكي ولكن شعرت بعدم القدرة على الحركة (الخدر) التصقت الملاءة بخدي ، كانت كلها مبتلة ، وكان يمكن أن أشعر بنفسي راقدة هناك بدون حركة، تتدحرج الدموع إلى أسفل خدي ، دارت رأسي تماما إلى الجنب ، وعيناي كانتا مغلقتين ، فكرت في والدي ، وأسرتي وطفولتي وصديقي ، وأصدقائي كما لو كانت الحياة تومض أمامي . حينئذ قبل خدي . ولم يعد راقدا فوقي ، فتحت عينيّ وكان قد أرتدى سرواله وسمعته يخرج من الباب الأمامي ، وانتهى الأمر . كنت راقدة على سريري مصدومة ، ولازلت أشعر أنني غير قادرة على الحركة ، حينئذ شعرت بالألم والبلل بين ساقيّ ، وعرفت ما الذي حدث ، هممت باكية ، نزعت الملاءة وخلعت سروالي ووضعته على الملاءة ، وذهبت إلى الحمام ، وقمت بالاستحمام ، لاحظت الماء يغسل الدم من بين فخديّ كنت مجهدة للغاية ؛ لدرجة أنني لا أستطيع الوقوف ، جلست طول فترة الحمام أتنهد بسرعة دون أن أتحكم في ذلك . وظللت هناك حوالي ٣٠ دقيقة: عشرة من هذه الدقائق بعد أن نفد الماء الدافيء ومع ذلك شعرت أنني في حالة جيدة ، فقد كان غالباً مثلجا وفي النهاية خرجت وارتديت ملابسي . وكانت الساعة ٤,٣٠ بعد الظهر فقط . ذهبت إلى السرير في غرفة والديّ ، لم أعرف فيم أفكر ، أو أشعر . لم يكن لدي الرغبة في أن أفكر فيما قد حدث . وكنت في غاية الإجهاد ، أريد فقط أن أذهب لأنام ، كيف يمكنني حتى أن أبدأ بشرح ما حدث . لم أكن متأكدة من نفسي ، عرفت الحقائق ولكنها غير مفهومة ، رغبت فقط في الذهاب لأنام وأنسى ، وعندما عادت أمي إلى المنزل أخبرتها أنني كنت مريضة ورقدت في تلك الغرفة المظلمة طول الليل ، لم أكن قد نمت بعد أو حلمت. ولكن أشعر بأفكاري

تتلاحق ، لقد كنت كما لو كان عقلي يفكر فى تفاصيل أكثر للأشياء التى فكرت فيها عندما كنت فعلاً خلال اغتصابى ، لقد كانت قاسية وأيضاً لطيفة ، لقد أحببته ولكن كرهته ، لقد كنت فخورة به لكنه الآن يثير الاشمئزاز . آه يا إلهى ، لم أعد عذراء ، لم أتخلى عن عذريتى بسهولة ، لقد تركت شخصا ما يجردنى منها ، أو أننى فقدتها ، أو أنها أنتزعت منى لقد عرفت ذلك بالتأكيد ، لم أتخلى عنها وهذا ما يؤذينى ، لقد تمنيت أن تكون أول مرة لها معنى خاص لى .

لقد كانت هناك مداعبات بينى وبين صديقى ، أنا أعرف أن شعورى سيكون حسناً عندما أكون مستعدة ، ولكنه سوف يكون أمراً خاصاً مع شخص خاص . إننى فى حالة من العذاب ، لقد كنت فى الخامسة عشر من عمرى فقط ، لقد أحببت بوب صديقى حقاً ، لقد تواعدنا من شهر فقط ، وكل منا أحب الآخر حقا، كان أكبر منى بعامين ، لقد كان فتى جيد حقا ، تواعدنا وكانت هناك قبلات ، ومشينا معاً ، ولكنه لم يضع فى اعتباره الجنس ، يمكن أن أشعر بنفسى تتحول تلك الليلة . يمكن أن أشعر بنفسى تتغير ، تفكيرى ، ومخاوفى ورغباتى . لقد كانت فى محتوى ما قبل الوعى تماما، وبوعى كنت أرقد فى سرير والدىّ ملتفة فى البطانية نائمة طول الليل . لا أعتقد أننى حركت عضلة ، وإلى الآن لم أشعر أن ما قبل الشعور يعمل بصعوبة جداً ، عرفت أننى لن أكون نفس الشخص ، لقد حدث التغيير تلك الليلة ، لقد استيقظت شخصاً مختلفاً . لقد اخترت ألا أخبر أحدا لإنقذ عدداً كبيراً من الناس من أن يشعروا بالأذى . لن أكون هذا الشخص الذى يسبب الأذى والألم ، أعرف أنهم جميعاً شعروا بذلك من قبل تماماً مثلما فعلت ، ذلك الذى جعلنى أختار أفضل حل ، لقد وضعت الملاءة والسروال فى الغسالة ، وانتهى الأمر .

ذهبت إلى المدرسة كالعادة ، كنت هادئة ومتباعدة ، ومر أمامى مارك فى الصالة ، أتذكر ، كنت أقف هناك عند الصندوق الخاص بى غاضبة منه ، واقف هناك فى الصالة حيث يوجد عدد كبير من الناس ، أراه وأتذكر ، شعرت أننى مستغلة وخجولة ، وتجنبت كل شخص ، وبقيت مع نفسى فيما تبقى من اليوم . ومكثت بعد الدراسة من أجل لعب الكرة ، وعدت إلى المنزل حوالى السادسة مساء، وكان الجميع هناك ، وذهبت إلى السرير مبكراً مرة أخرى ، اليوم التالى كان أفضل إلى حد ما ، ولكن ليس كثيراً . بعد الظهر من ذلك اليوم ، قال مارك إنه يريد أن يتحدث معى عندما نهبط من الحافلة ، كنت أحملق خارج نافذة الحافلة طول الطريق إلى البيت . والذى كان بمثابة رحلة جميلة ، وفكرت فى أنه قد

يرغب في الاعتذار ، وحتى لو حدث ذلك ، فإنه كان عنيفا ، ولكنه كان لطيفاً من قبل . سوف أعنفه بكلماتي عما فعله لي ، وبعدئذ سوف أسامحه ، أو على الأقل أحاول أدبر الأمر ، ولكن لم يحدث مثل ذلك .

جلسنا على الأريكة وبدأ يتحدث عما حدث ، وكان آسفاً أن حدث مثل ذلك، وأن الأمر كان يمكن أن يكون أفضل كثيراً إذا لم أقاوم ، وعرف أنني أحببت ذلك ، لم أصرخ إلى أن أدخل نفسه في داخلي ، وأنني لم أخبر أي شخص . وقلت لو أنه كان كذاباً ومريضاً وأنه اعتدى عليّ ، قال إنني كنت أكذب وأنني أحببت ذلك ، إذ لم أصرخ أو أقاوم طول فترة الاغتصاب ، ولم أخبر أي شخص ، وبدأ يتحدث عن صديقي ، ما الذي سوف يقوله إذا عرف ، ما الذي سوف يفكر فيه والداي إذا عرفا، إذا عرفوا جميعاً أنني أحببت ذلك الذي حدث ، وأنني لم أمنع حدوثه. وقال إنني أعرف أنك قوية بما فيه الكفاية لمنع ما حدث ولكنك ولم تفعلي.

و خذ يدي وقادني إلى غرفة النوم ، وجذب سروالي إلى أسفل ، وبدأ تقبيل جسمي ورقبتي ، وقال كيف أنني كنت سوف أحب ما حدث وأنه لا أحد سوف يعرف ، لأنني لا أريد أن يعرفوا أنني أحببت ما حدث ، سيخجلون ، يجب أن يبقى الأمر بيني وبينه ، وسوف يستمتع كل منا به حقاً ، وقفت هناك جامدة ، لا أستطيع أن أتركه يخبر أي شخص بما حدث قبل يومين . إنه كان ينوي أن يخبرهم أنني رغبت فيما حدث . وكان سوف يخبر الناس بما فعله معي ، وأنني أحببت ذلك ، لقد تركته يضعني على السرير ويمارس الجنس ، لا يهم أكثر من ذلك . شعرت أنه إذا عرف أي شخص فسوف يدمرني ذلك ، سوف ينظر الناس إليّ نظرة مختلفة ، سوف يعاملونني على أنني وقحة . وفي ذلك الوقت رقدت معه وهو فوقي . لقد تلاعب بي بهذه الطريقة لمدة ثلاثة أسابيع ، لقد كرهت نفسي ، وكرهته ، لم أعد أهتم الآن .

إنه يجعلني أفعل أشياء أعرف أنني لا أحبها ، ذات مرة جعلني أرقد على معدتي ودخل في شرجي ، وصرخت في ألم ثم بكيت «توقف يكفي هذا !» توقف حينئذ وغادر . وبعد بضعة أيام جاء مرة أخرى . وكان يهدد ، سوف يخبر كل الناس ، وستكون الحقيقة الآن أسوأ ، لقد مرت أربعة أسابيع وأصبح أكثر عنفاً وإصراراً . لقد ذهبت أكثر عمقا داخل ممر مظلم . عدت من المدرسة إلى المنزل ، لقد حدثت أشياء بعد ذلك ، وناديت أمي ، لابد أن توقف الأمر مهما كان الثمن .

عندما أخبرها قد أرى قلبها ينكسر ، ولذلك أخبرتها أننى تركت الأمر يحدث ، ولكنه أصبح خارج نطاق سيطرتى وطلبت منها أن توقف ذلك . وبعد الظهر فى اليوم التالى ذهبت إلى مكان عمل أمى ، وجلست على مقعد مرتفع وأتذكر أننى كنت أغنى «أنا على قمة العالم أنظر إلى أسفل على الخلق» وشعرت بقدر كبير من الأمل .

فى ذلك الوقت بدأ يهددنى فى المدرسة ، ويحملنى المسئولية ، هامساً أننى لا أستطيع أن أبتعد ، على الرغم من أن والدایّ عملا ترتيبات لى لأمكث مع صديقى بعد المدرسة ، والأمر الغريب أنه حتى منزلنا لم يعد أمناً ، أخته أخبرتنى أنه يجب ألا أسبب أى مشكلات . بعد فترة وجيزة ذهب مارك بعيداً وتركنى وحدى . وبدأ يندمج أكثر فى الدراسة والرياضة ، احتفظت بالأمر بينى وبين نفسى ، ولمت نفسى على كل الذى حدث . من المحتمل أننى كنت وقحة لا شىء يهم بعد ذلك . منذ عشر سنوات بدأ الصراع فى عقلى هل الذى أخبرنى به هو الصحيح أم الذى أعرفه هو الصحيح ، إنه اغتصبنى لقد عذبنى ، وأقلقنى إنه اغتصب عقلى وجسمى . لا أعرف ما الحقيقة وما الذى أفعله ، ولذلك بدأت أكذب حول : من كنت أنا ، كما فى الخيال .

كنت مرعوبة من فكرة أن يكون هو على صواب ، أى أننى كنت أرغب فى ذلك . لا أستطيع أن أصدق ذلك ، ولكن لماذا لم أصرخ وأقاوم وأخبر الناس ربما أكون قد سعيت إلى ذلك . لقد أصبح كل شخص عدوى ، الناس الذين حولى ابتعدوا عنى لكى لا يصابوا بالأذى ، وأى شخص آخر ابتعد عنى لكى لا يسبب الأذى لى .

بعد قراءة التقرير ، قلبته سندى رأساً على عقب ووضعته على الطاولة فى غرفة العلاج ، وسألتها المعالجة عن شعورها :

س : (فترة صمت طويلة .. تهز رأسها) مرير .

ع : أنت على صواب فى هذا الشعور . لقد ابتزك بالتهديد .

س : أعرف .

ع : وجعلك تشعرين بالذنب .

س : ذلك هو الذى جعلنى ألوم نفسى كل هذه السنوات ، ولم أعتبره أبدا اغتصاباً. بعد فترة بدأت الاعتقاد فى ذلك وأراه مستمر أيضاً .. (توقف الاندفاع) .

ع : ولكنه كان اغتصاباً .

س : أعرف .

ع : وجزء من ذلك الاغتصاب أن جعلك تشعرين بالذنب ، إلى حد ما كان عليك أن تتصرفى بطريقة مختلفة .

س : لم أستجب لأننى لم أرغب فى أن أسبب أذى للناس . حتى هو .

ع : أنت تعرفين كيف تستجيب معظم النساء ؟ (رفعت سندى بصرها) يتجمدن، إنهن يصبحن فى صدمة انفعالية .

س : نعم ، لا تستطيعين أن تصدقى ذلك . إنك تحاولين أن تستوعبى ما حدث ... وحينئذ كل الناس الآخرين يقولوا «ينبغى عليك ...»

عند هذه النقطة ، ثارت مناقشة حول كيف هو مؤذ أن تسمع التعليقات العامة للناس الآخرين عن الاغتصاب ؟ ووصفت سندى مقدار الغضب الذى أصابها ، وكيف حولت غضبها نحو المجتمع . من هناك بدأت تصف كم كان صعباً ذلك الأسبوع الذى كان مع زوجها ، لقد دخلا فى معارك كثيرة ، وكانت غاضبة لأن زوجها توقف عن أن يكون سنداً لها . وتحدثت المعالجة عن ردود فعل الناس الآخرين للاغتصاب ، وأنه أحيانا ما تكون مشاعرهم القوية تتعارض مع قدرتهم على أن يكونوا مساندين .

واقترحت المعالجة أنه يمكن لمعالج آخر مقابلة زوج سندى لمساعدته على التحكم فى ردود فعله . وعبرت سندى أيضاً عن خيبة أملها فى رد فعل الأصدقاء. فعندما أخبرت هذه الصديقة كم كان الأسبوع صعباً بسبب ظهور كل الذكريات على السطح ، استجابت المرأة بالقول «تغلبى عليها» واستمرت قائلة بعض التعليقات المساندة ، وقالت سندى إنهما كانتا صديقتين منذ المدرسة الثانوية ، ولكن كان ذلك فى الحقيقة من جانب واحد . إنها ساندت صديقتها واستمعت لمشاكلها ، ولكنها لم تطلب المساندة من قبل . فيما بعد ، أثناء الجلسة عادت المناقشة إلى الاغتصاب والواجبات المحددة ، وسألت المعالجة : ما النقاط التى لا تزال صعبة مما عرّفته عندئذ حدث الحوار التالى :

س : (تبكى) عبر السنوات ، عندما أفكر فى هذا الموضوع أضع كل اللوم مرة أخرى على نفسى . لا أتذكر أبداً ما الذى حدث بالضبط أول مرة .

ع : والآن تفعلين ذلك . هل هناك نقاط مفقودة ؟ ...

س : (تقاطع) (باكية) لا .

ع : أو لعل هذا كل شئ ؟

س : (بهدوء جداً) (تنهد) أعرف أوه ... عندما بدأت أتذكر ، أعرف أنه اغتصاب دون شك ... عندئذ بدأت أغضب .

ع : حقيقة أنك لا تتذكرى ، هل كان هناك إشارة ، إذا لم تكونى تعرفين أن ذلك كان اغتصاباً ؟

س : نعم .

ع : إذا لم يكن اغتصاباً كان يمكن أن تتذكرى .

س : لم أستطع أبداً تذكر المرة الأولى .

ع : (همهمه)

س : ولهذا ، كان ، ذلك هو السبب فى أننى قلت لنفسى ... ربما بطريق ما .. بوسيلة ما .. كنت أنا البادئة .

ع : كنت فى هذه الحالة تحاولين مجرد ألا تتذكر بها ، لأنها كانت واضحة .

س : (التقطت الواجبات المكتوبة ووضعتها بعيداً ، وأخذتها مرة أخرى) ربما يمكن أن أنظر إلى ذلك (تنظر إلى الواجبات بصمت لمدة طويلة) لا أعرف إلى أين أذهب من هنا .

ع : لقد كتبت عن ماذا قال وأنك كنت فى صراع بين تصديق أو عدم التصديق . وأين أنت فيما يتعلق بذلك الآن ؟

س : أعرف ما الحقيقة .

ع : هل لديك أى لوم للذات فى هذه النقطة ؟

س : لا ، فيما عدا أننى أظن أن الشكوك لدى سوف تستمر . الحقيقة أننى لم أفعل شيئاً وسأظل دائماً أرغب أن ...

ع : هناك فرق بين الرغبة واللوم .

س : نعم ، هذا صحيح .

ع : لكنى أحسب أننا نحتاج لأن نعمل على ذلك ؛ لأننى لا أريد أن تقولى أنك دائماً سوف ...

س : (مقاطعة) سأظل دائماً ألوم نفسى .

ع : ليس هناك حاجة إلى ذلك .

س : ونعيد القراءة عن هذا ، يا إلهى !

ع : الجزء الساخر بالنسبة لى هو أنك أخترت ألا تخبرى أحداً ، ليس لأنك تفضلين ذلك ، أو لأنك كنت جبانة ، أو أى شىء آخر ، إنك اخترت ألا تخبرى أحداً ، لأنك لا تريدين إيذاء الناس .

س : (تبكى) .

ع : إنك تفعلين ما تعتبرينه صواباً ، وتفعلين الأشياء النبيلة . وبعد ذلك يحرفها هو إلى النقيض .

س : لقد استخدمها ضدى .

ع : واستخدمها ضدك .

س : وعندئذ ، بعد ٤ أسابيع ، أنا حقيقة .. أنت تعرفين ؟ .. كان مثل .. (عملت صوت انفجار) إنها أسوأ من الأصل ، كما تعلمين ، لأنه يجب أن البرهنة على أن ... (نواح) أوه .. يا إلهى .. (تنظر مع ابتسامة صغيرة) لا أحد أبداً يكتشف .

وتفسير المعالجة لسندى هو أنها عملت أفضل ما تستطيع فى موقف مستحيل، وبعد ذلك راجعت المعالجة الحالة الانفعالية ، لتتأكد من أنها أكثر هدوء مما كانت وعلى استعداد لإنهاء الجلسة . أثنت المعالجة على سندى ؛ إذ إنها قامت بعمل عظيم فى كتابة الواجب . وقالت إنه من المهم ألا ننهى الجلسة الآن. وكانت استجابة سندى «أنا أكثر تحديداً الآن» ، وأخذت المعالجة الواجب الأول وأعطت للعميلة الواجب المنزلى لتكتب التقرير مرة أخرى . وطلبت من سندى أن تضيف أى تفاصيل قد تكون تركتها فى التقرير الأول ، وتسجل أى أفكار ومشاعر عندها الآن وتضعها بين قوسين ، بجانب أفكارها ومشاعرها فى ذلك الوقت .

الجلسة الخامسة :

وصلت سندى الجلسة التالية وتبدو عليها الحيوية إلى حد بعيد ، ومبتهجة ، وأشارت إلى أنها شعرت بقدر كبير من الطاقة ، وعملت الكثير فى تنظيف المنزل وشغلت غسالة الملابس ١٣ مرة . وسألتها المعالجة كيف كانت الأمور تسير بينها وبين زوجها . قالت سندى انهما تحدثا معاً واعتذر وكان حساساً للغاية ، مسانداً ومحباً ، ولا يشعر أنه فى حاجة إلى إرشاد نفسى فى هذا الوقت ، وكانت سندى مسرورة لهذه الاستجابة ، ولصراحتها خلال المناقشة بينهما . وتحدثت سندى أيضاً كثيراً مع أمها خلال الأسبوع وشعرت بالمساندة ، وحينئذ بدأت التحدث قليلاً عن صديقتها القديمة ، وبدأت تتحقق بوضوح أكثر أن هذه المرأة لم تكن صديقة لها ، ولكنها كانت قد التصقت بها كنوع من الولاء ، وربما لبعض أسباب تحطيم الذات . وهذه المرأة دعمت نظرة سندى السلبية عن نفسها بهجومها اللاذع . وبدأت سندى ترى أنها ربما كصديقة كانت مثل الزوجة التى يضربها زوجها بقسوة وتظل معه، والذى يبدو أنه يحتاج إليها ، ولكنه مسيئ فى الوقت نفسه .

وسألت المعالجة سندى كيف تمت الكتابة فى المرة الثانية . أجابت سندى لم يكن هناك دموع ، وكانت معدومة الثقة إلى حد ما مرتعشة ولكن لم تصل إلى حد الانفعال . وكان الجزء الأول من التقرير مماثلاً جداً ولكنه أقصر قليلاً ، ووجدت سندى نفسها تكتب أكثر عن الأحداث اللاحقة . وبعد القراءة لبضع دقائق فقط ، وصلت المعالجة إلى الجزء الخاص بجرها من الصالة ، قاطعت المعالجة سندى بما يأتى :

ع : ليس عندك أى أفكار أو مشاعر هذه المرة مثل التى كانت عندك وقتها . وعندما يكون لديك مشكلة فكرى فيها أو ...

س : لا ، أنا ، (همهمه) ، لقد شعرت بعدم القدرة على الحركة (خدر) ، أعنى أننى أشعر الآن بنفس الشئ .

ع : خدر أم محايدة .

س : محايدة .

ع : حسناً ، عندما أفكر فى الخدر ، أتصورك تحملين شيئاً كبيراً على ظهرك .

س : لا ، لأننى أظن أننى ألقيت ذلك عن كاهلى فى المرة الأولى .

ع : ولذلك بدأتى تشعرين كما لو أن هناك مشاعر أقل نحو الأمر .

س : نعم ، أعرف أننى عشت الكثير من الألم ، وكان هناك الكثير من الانفعالات المختلطة فى داخلى ، وقد آخرجتها خارجا ، وأظن أننى فعلت، لأن .. إنها مجرد .. هذا هو ما حدث . (تضحك) هل تعرفين ؟ أشعر ، اعتقد أن مشاعرى محايدة هى الكلمة الصحيحة .

ع : همهمه .

س : لا يبدو الأمر كما لو أننى سلبت... لا أعرف . إنها لا تبدو مؤلمة ، لقد كانت مؤلمة، ولكنها لم تكن ، عندما كنت أكتب هذا كانت مؤلمة ، ولكن عندما كنت أقرأها ثانية ، المرة الأولى كانت مؤلمة قليلاً .

ع : ولكنها ، تصبح أقل قليلاً فى كل مرة تفعلين ذلك .

س : وعندما كنت فى الخارج فى الشاحنة ، منذ وقت قصير مضى ، قرأتها بسرعة وكانت مثل ... (تضحك وتومئ بما يدل على التصميم) .

ع : إنها حدثت ، أليس كذلك ؟ ولقد حدثت وها هى .

س : نعم ، أنت تعرفين ، لقد كنت أشعر لعدة أشهر بكل الغضب والارتباك ، بمجرد تذكر الألم ، وهنا لمدة أسبوعين ، ظللت أحلم بذلك الشخص وان هذا ما حدث. عقلى لن يتركنى أنكرها ، وأظن الآن أنها ليست كما ... ، إنها أفضل ، كما تعرفين .

ع : (همهمه) .. حسنا .

س : هذه مشاعرى الآن .

ع : جيد ، حسن ، دعينا نرى ، إذا كنت لا تتجنبينها ، وتستطيعين التفكير فيها ، ولا تسبب لك ذلك القدر الكبير من الألم ، سيكون من المحتمل عندئذ أن ذلك هو ما تبحثين عنه . وإذا كان عليك أن تتجنبينه ، أو كانت تسبب لك خدر وتحتفظين بالمشاعر المتعلقة بها ، حينئذ أنت لم تعملى ، لذلك عليك أن تكونى قادرة على أن تخبرينا الفرق .

س : أعنى إنها تجعلنى أشعر بعدم الراحة (تضحك) ، وأعنى ذلك تماماً .

ع : (همهمه) .. نعم ، ولكن ستصبح أسهل .

عند هذه النقطة عادت سندى إلى القراءة ، وقرأت الباقى بهدوء وسرعة ، وبتعبير واضح ، ولكن بدون بانفعال ، وكان الجديد فى ذلك هو الآتى :

فى ليلة زفافى حضر فى زى الأكاديمية ، وكان قد سأل أخى بصراحة ما إذا كان يستطيع الحضور . فقال له نعم ، وسار نحوى وفى عينيه ذلك الحزن ، وطلب منى أن نرقص ، وكانت أول مرة نرقص فيها معاً منذ الاغتصاب ، وفى ملابس الزفاف ، وكل واحد ينظر بفرح وسعادة نحو العروس ، رقصت معه ، وكانت أغنية بطيئة ، وقال لى أننى أبدو جميلة . وبدت الغرفة كأنها تدور بسرعة ، هذا الفستان الأبيض ، والزى الذى يرتديه ، كل شخص يبتسم ، كنا نرقص ، فكانت ليلة زفافى، وشرب زوجى جيم كثيراً فى حفل الاستقبال وأغمى عليه فى الفندق ، ولم أنم طول الليل كنت أتذكر كل صغيرة وكبيرة . كنت غاضبة ، كنت حزينة ، كانت عندى أسئلة كثيرة ، لماذا أراد حضور زفافى ، للصفح ؟ ليس هذا وقته ولا مكانه لماذا الرقص معى ؟ لم أره منذ عامين ، لماذا الآن هذه الليلة ؟ جيم لم يكن يعرف . كان بعيداً هناك يتحدث إليه ، وينظر إليه بإعجاب ، ويشكره لحضوره . وظلت كل الفتيات يسألن من هذا الشاب فى الزى الرسمى . أوه ، لقد كان رائعاً... إلخ .

لقد كتمت ذلك فى نفسى مرة أخرى ، لدى مشاعر سيئة عن يوم زفافى استمرت لمدة عامين ، ولكنى وازنت الأمر بينى وبين نفسى ولا أستطيع أن أضع اللوم على شىء لم يحدث ، ولا يعرفه أحد ، ولازلت أتعجب لماذا حضر فى يوم زفافى، وبقدر الأسئلة التى أجبت عنها ، بقدر الأسئلة التى لا تزال لدى دون إجابة .

وسألت المعالجة سندى ما إذا كانت المشاعر هذا الأسبوع مختلفة أو أقل حدة . أجابت سندى بأن هناك أوقات يغمرها التفكير فيها . وقالت كانت أنها كانت تتركها (أخبرت المعالجة سندى أن ذلك حسن ، أن تسمح لنفسها أن يكون لديها مشاعر) ،ولكنها غالبا ما تشعر أنها على ما يرام . وإنها أكثر إيجابية فى حديثها عن نفسها . وساعدت المعالجة سندى على أن تعرف أنها لا ينبغى أن تخاف إلى هذا الحد من انفعالاتها بعد ذلك . وأنها تعلمت تحمل مشاعرها ، حتى المشاعر القوية . واعترفت سندى أنها لاحظت أن المشاعر أصبحت أسهل ، وعندما تنتهى المشاعر تشعر أنها طبيعية مرة أخرى .

وبعد مناقشة ردود فعلها لذكرياتها ، تحدثت سندى أكثر عن ردود فعلها نحو الناس الآخرين ، وعند هذه النقطة ركزت على أخيها أكثر ، ووصفت كيف فكرت فى أن أخيها تخلى عنها ، لأنه لا يعرف حقيقة مارك . وقالت إنها فى حاجة لأن يكون هو أخوها الكبير ، وعندما سؤلت عما إذا كانت قد حاولت التحدث معه عما حدث ، أجابت سندى أنها كانت سوف تكون كمن يتحدث إلى حائط من القرميد . لقد كانت تقاوم إمكانية مناقشة الأمر معه الآن لأنه لا يزال صديقاً لمارك ، وغارقاً فى حياته الخاصة . وبعد هذه المناقشة ، عادت المعالجة إلى أول سلسلة الأدوات المستخدمة للمساعدة فى تحدى المزاعم ، وقالت :

لقد تقدمتى فى أمور كثيرة فعلا ، ولكن أعتقد أنك سوف تحتاجين لأن تركزى على الأماكن التى بها نقاط صعبة وأبدئى بتحديها ، لذلك سوف نعمل خلال الجلسات القليلة القادمة على تنمية مهارات نهاجم بها النقاط الصعبة مباشرة.

س : حسناً .

ع : أنا قلت أنه بتذكر بعض هذه الأشياء ، سوف يكون عليك أن تشعرى بمشاعرك . بعض هذه المشاعر منطقية إلى حد كبير ، والآن بعض الأمثلة عن النقاط الصعبة ، إذا كنت تلومين نفسك ، وإذا قلت «لقد تركت الأمر يحدث» أو إذا قلت ..

س : (تضحك) تلك النقاط الصعبة قد سحقتها بمطرقة ثقيلة .

ع : المرة السابقة كنا نتحدث ، وتحدثت بنوع من التعميم : كل واحد لديه سلطة، كل واحد عنده مال شخص سيىء ، كل واحد . لذلك علينا أن نفتت هذا الشيء إلى أجزاء .

س : لا أستطيع أن أثق فى أى واحد .

ع : نعم ، كل هذه الموضوعات ، لا أستطيع أن أثق فى أى واحد ، لا أثق فى نفسى ، الأمان ، والثقة ، والقوة ، والتقدير والمودة . وسوف نتعامل مع كل واحد من هذه الموضوعات ، وسوف نعمل من خلال خطوتين مختلفتين ، سوف أعطيكى ورقة عمل أكثر تعقيداً لتساعدك . وكل مرة يكون لديك نقطة صعبة سوف تساعدك على العمل الصحيح من خلالها . هكذا يمكن

تغيير ما تقولينه أو على الأقل تتحدينه ...

س : نوع يشبه ذلك الورق أ . ب .

ع : نعم ، فيما عدا أنها أكثر تعقيداً إلى حد ما ، لأنها تأخذك من خلال بقية الخطوات ، التى تتعلق بكيف نحللها ، وإذا أردت تغييرها أفعلى ذلك ، حتى تصلى فعلاً إلى النقطة التى تتغير فيها ...

س : حسناً .

ع : هذه هى الخطوة الأولى من هذا (مشيرة إلى قائمة أسئلة التحدى) (أنظر الجلسة الثامنة التى بها قائمة أسئلة التحدى) .

دعينا نقرأ هذه معاً ، هذه أسئلة يمكنك البدء بأن تسأليها لنفسك ، هكذا ، نفترض أنك قلت لنفسك عبارة «لقد تركت الأمر يحدث» أو «أنا تركت ذلك يحدث لمدة ٥ أسابيع» أو شىء يشبه ذلك . «كذلك هناك شىء ما خطأ فى أنا «لقد تركتها تحدث» السؤال الأول الذى تسأليه لنفسك هو : «ما الدليل الذى مع أو ضد هذه الفكرة ؟»

س : ذلك أننى تركت ذلك يحدث .

ع : أنت تركت ذلك يحدث . هل تركته يحدث أو أنه حدث ؟

س : نعم .

ع : ما الدليل على أنكِ تركته يحدث ؟

س : أنا قلت : «أنا لا أصدق ذلك أكثر من ذلك» (تضحك)

ع : حسناً ، هكذا ، ولكن إذا كان هناك شىء ما لا يزال صعباً عليك ... فإحدى الطرق التى أحددها عندما يكون عند الناس نقاط صعبة هو أن يقولو «حسناً ، أعرف أن هذا هو الأمر ، ولكن أشعر .. العكس» وسوف أقول «لا ، عندك مجموعتان متناقضتان من المعتقدات ، ومن الممكن أن يكون لديك معتقدان متناقضان فى رأسك فى الوقت نفسه» .

س : نعم (تومىء بعلامة على الفهم) .

ع : هكذا أحياناً ، عندما تكونين فى عملية التغيير ، يكون لديك الاثنان فى

رأسك ، يكون لديك واحد ترين أنه أكثر منطقية ومبنى على الحقائق أكثر ، ولكن مع ذلك يكون لديك هذا الشعور الانفعالى .

س : انفعالى ، نعم ، أعرف .

ع : والتفكير الآخر ترتبط فيه كل هذه المشاعر ، وعندما ترتبط المشاعر تبدو أكثر واقعية .

س : نعم .

ع : نعم ، سوف نبحث عن تلك . قد يتعين علينا أن نلتقط إحدى تلك النقاط التى لازلت تجدينها صعبة .

س : (تفكر فى صمت لبرهة) حسنا ، لا أعرف أحاول أن أفكر فى شىء ما .

ع : ماذا عن الثقة . كيف حالك فى هذا الموضوع ؟

س : شكراً . هذا هو حقاً موضوع صعب . نعم ، أعتقد أن هذا موضوع جيد .

ع : حسناً ، ماذا ستكون عليه العبارة التى تشعرين أنها تشبه ... إنك لا تستطيعين أن تثقى فى ماذا ؟

س : ولكن ، لا أرغب فى أن أثق كثيراً جداً ، مع ذلك .

ع : نحن نبحث عن التوازن ، وليس معنى ذلك أن تحتاجى إلى أن تثقى فى كل شخص .

س : أنا مجرد ... إنه غالباً مثل فكرة الثقة – أنا لم أظن أن عندى إحدى النقاط الصعبة حقا ، وأحتاج أن أعمل عليها ، إنها تعطى الثقة بالنفس وفى قدرتى على الحكم ، من الذى يمكن أن أثق فيه ومن الذى لا أثق فيه .

ع : حسناً .

س : وأنا أفكر لماذا لدى مشكلة مع الثقة فى الآخرين ، لأننى لا أعرف ما إذا كان احساسى سوف يلتقط ... كما تعرفين ، هل هذا الشاب سىء أم ...

ع : هكذا ، العبارة التى تريدين أن تقوليها هى : «أنا لا أعرف ما إذا كنت أستطيع الثقة فى أحكامى الخاصة» .

س : نعم ، فيما يتعلق بالثقة فى الآخرين .

ع : لذلك ، ما لدينا هنا عبارة عن قائمة من الأسئلة لتبدئى فى سؤال نفسك ، «ما الدليل الذى مع أو ضد ذلك ؟ ما الدليل على أن لديك حكماً صائباً عن من الذى تثقين فيه ومن لا تثقين فيه ؟ وما الدليل الذى ضد ذلك ؟ كيف تقدرين ذلك عندما تنظرين إلى الحقائق ، وليس إلى مجرد مشاعرك فقط .

س : نعم .

مضت بقية الجلسة فى القراءة السريعة لقائمة الأسئلة لنتأكد من أن سندى تفهمها ، على الرغم من أن معظم الأسئلة تركز على قضية الثقة ، وأحياناً تذكر القضايا الأخرى لمجرد شرح معنى الأسئلة ، على سبيل المثال : سألت سندى ، هل كان المصدر يوثق فيه ؟ بالإشارة إلى إصرار المغتصب على أنها أحبت ذلك (الاغتصاب) . وانشغلت سندى أيضاً فى مناقشة مثيرة مع المعالجة أكثر من مرة عن الأسئلة التالية : «هل تعتبرين الأمثلة المختارة خارج السياق ؟ هل تركزين على عوامل تتعلق بالموضوع ؟ «وأشارت المعالجة إلى حقيقة أن مارك مشهور والتحق بالأكاديمية ، لم يكن وثيق الصلة بالاغتصاب ، أو بما إذا كانت تثق فى الناس . والسياق الأكثر صلة هو أن مارك كان من أسرة بها مشاكل فاسدة ، ولذلك فإنه كان يضرب بقسوة . بدأت سندى تقبل أنها أقامت علاقة خاطئة مع الشخص الذى اغتصبها ، وذهب بعيداً ليصبح ناجحاً مثل أى شخص آخر يكون ناجحاً .

الجلسة السادسة :

بدأت سندى عملها الجديد وعملت أكثر من ٤٠ ساعة فى الأسبوع الأول ، وكانت على قدر من الاستثارة من العمل والناس الذين قابلتهم . ولأول مرة تأتى سندى إلى الجلسة دون أن تكمل واجبها المنزلى ، وقالت إنها فحصته لوقت قصير. وحينئذ عبرت عن اهتمامها بمدى تغيرها ، وقالت إنها تريد أن تحدد الأشياء التى لا تريدها أن تتغير . وبدا للمعالجة أن سندى لا تزال متناقضة حول ما تعنيه بناجح، وكان مخيفاً لها أن تكون قد تغيرت كثيراً ؛ (أعنى أصبحت ناجحة) إنها ستصبح واحداً من هؤلاء الناس الذين كانت دائماً تحتقرهم . وأكدت المعالجة لسندى أنها لا تقصد من مساعدتها لها أن تصبح الشخص الذى لا تحبه . وعبرت سندى عن بعض الفزع لأن الاغتصاب أثر عليها فى عدة جوانب . ويبدو أنها لم تكمل واجبها المنزلى ؛ لأن الأفكار التى كانت تضايقها لا تزال غامضة وغير محددة ، وساعدتها المعالجة على تحديدها .

ع : أنت بالتأكيد أكثر من أن تكونى ضحية اغتصاب . لقد كنت كذلك دائما ، ولكن الاغتصاب قد أثر فى بعض معتقداتك .

س : أنا لازلت خائفة جداً فى أن أثق .

ع : هذا ليس شيئاً ، سوف يتغير فى جلستين .

س : أريده أيضاً أن (تضحك) .

ع : إن هدف العلاج هو أن نعطيك الوسائل التى تحتاجين إليها لتمكنك من تقرير ما الذى تريدين تغييره وما الذى لا تريدين ، وليس مجرد أن تستجيبى آليا للأغتصاب ، ولكن أن يكون لك الاختيار ...

س : ... والتحكم .

ع : إن الفكرة كلها هى أن نعطيك طرقا مختلفة للنظر إلى الأشياء ؛ حتى لا تتوقفين بعد ذلك فى ردود فعلك ولذلك لن تكونى دائماً فى هذا الوضع الدفاعى ، حيث يعنى النقص التام فى الثقة ، موقف دفاعى .

س : نعم ، بسبب أنك لن تدع أى شخص إلى الداخل .

ع : وعندئذ لا تستطيعين أن تختارى من الذى تثقين فيه أو لا تثقين ، ولا تثقين فى أى شخص ، إنه ليس موضوع استكشاف وتقرير ، واختيار .

س : حتى الناس الذين نحبهم جداً ... فذلك يؤذى .

ع : ذلك لم يكن شيئاً تفعلينه عن عمد ولكن لأنه لم يكن لديك مسمى له ، وبالتالى لم تكن لديك حرية اختيار . ولوقت طويل لم يكن لديك حرية اختيار التعافى ؛ لأنه لم يكن لديك مسمى له بأنه اغتصاب ، لذلك لم تستطيعى الحصول على المساعدة التى تحتاجين إليها لـــ ...

س : .... للتغلب عليه .

ع : نعم ، بمراجعة القائمة التى ترد على الذاكرة ؟ قلت إنك راجعتها عدة مرات ، أى راجعتى بعض النقاط الصعبة التى تحدثنا عنها .

س : الثقة كانت أكبر نقطة ، والهوية كانت أكبر نقطة ، كيف أظل أفكر فى ذلك ؟

ع : عندما نظرت فى القائمة ؟

س : نعم ، لا أستطيع الإجابة ، إنها كانت مثل ... هل أنا ؟

ع : هل أنت ماذا ؟

س : عادة الخلط بين الحقائق ؟ أو هل أنا شخص مختلف أو هل أنا الشخص الذى كنت أعتقد أننى هو ؟ لقد اغتصبت ولقد أثر ذلك فى بعض جوانب حياتى . ولكنى أنظر إلى الخلف وأرى ذلك طول الوقت ، إنها كانت دائما فى تفكيرى فهل هى عادة أم حقيقة ؟

ع : الشيء الآخر هو أنه إذا كانت هناك أشياء موجودة قبل الاغتصاب ، وترين أنها معتقدات سلبية فإنها يمكن أن تتأكد به ... بذلك الحادث . ولقد ذكرت ذلك في بداية العلاج ، ولكن لم نتحدث عن ذلك بما فيه الكفاية ، إذا كان لديك قضية الهوية أو مشكلات ...

س : حسنا ، أنا كنت فى الخامسة عشر من عمرى .

ع : أيضاً إذاً كنت تشعرين شعوراً سلبيّاً عن نفسك قبل أن يحدث ، ما هو بالضبط؟

س : حسنا ، أنت تعرفين تلك النقطة .

ع : كذلك بعض تلك الأشياء يمكن أن توجه وجهة أخرى بسبب تلك الحادثة ... لأنه ربما لم يكن لديك إحساس جيد قوى بنفسك ، وكنت فى سن المراهقة .

س : نعم ، أنا كنت فى بدايتها .

ع : ولكنك وصفت نفسك عندما قرأت عن الاغتصاب ، قلت بوضوح : لقد تغيرت تلك الليلة، وهذا يعنى بوضوح أنك تغيرت عما كنت عليه .

س : فعلا (فترة صمت) أنا أنغلقت ، أنا ...

ع : عندئذ فإن فكرة أن تكونى غير منغلقة فكرة مخيفة لك .

س : نعم .

ع : ماذا يعنى أن تتغيرى مرة أخرى قليلاً ، حتى تجدى نقطة توازن .

س : أعتقد أن ذلك سوف يكون صحياً ، إنها مجرد عادة .

ع : ليس هناك أى شيء يمكن أن تسميه وتقولى : «هذا هو الجزء المرعب ، سوف اغتصب ثانية» .

س : لا .

ع : أو «سوف يؤذينى شخص ما» .

س : أظن أن «سوف يؤذينى شخصاً ما» أعتقد إنه من الأمن لى أن أظل منغلقة على نفسى . عندئذ لا يستطيع أحد أن يؤذينى . لا يستطيع أحد أن يأخذ ..

ع : هل لا يستطيعون ؟ أنظرى إلى الورقة ما الدليل على أنه إذا كنت منغلقة على نفسك ، فلن يستطيع أحد أن يؤذيك ؟

س : لأنهم لا يعرفون ما بداخلى . إنهم لن يستطيعوا الوصول إلى تلك النقطة .

ع : ولكنهم لا زالوا يستطيعون إيذاءك بطرق أخرى .

س : نعم .

ع : ولكن هل لا تتعرضين للأذى عندما تكونين منغلقة ؟

س : نعم .

ع : يبدو كما لو كنت تؤذين نفسك . أنت لا تنتظرين أى شخص آخر لكى يفعل ذلك .

س : نعم ، أنا ، حسنا ... إنها مثل الهذاء ، إنها حقا تدمرك . لماذا ينبغى أن أكون منغلقة ؟ أود أن أكون منفتحة ، ولا أظن أن الناس مخلوقون لكى يؤذوننى .

ع : دعينا نتصفح القائمة من منظور النقاط الصعبة «أنا أخاف أن أكون منفتحة» ما الدليل على أنك سوف تتأذين لو أنك منفتحة ؟

س : الناس مجرد ... أم أم أم ... لا دليل هناك ، لا أظن أننى كنت كذلك من قبل .

ع : لقد حدث مرة ؟

س : ليس مرة ولكن مرات قليلة وقلت ذلك . مرات قليلة قمت بنوع من محاولة الوصول للناس ، بحكم الطبيعة البشرية ، تصرفوا ... (تميل إلى الخلف)

ع : هل يمكن أن نغير كلمة «سوف» إلى «ربما» «أنا ربما أؤذى» بدلا من «أنا سوف أؤذى» ، إنها ، ١٠٠ ٪ من الناس لم يؤذونك ، هل فعلوا ؟

س : لا ، وأحيانا أوذيت لأنهم لم يعرفوا كيف يساعدوننى .

ع : لأنك فى الحقيقة لم تكونى منفتحة .

س : نعم لم يعرفوا ماذا حدث حقيقة لكى يساعدونى .

ع : حسنا ، إذن ففى الحقيقة ، إن كونك منغلقة لم يحمك .

س : لا ، لم يحمنى .

ع : حسنا ، كذلك هناك بعض الأدلة على أنه وأنت منغلقة ليس بالضرورة أن يجعلك ذلك آمنة .

س : وجعلنى ذلك أشعر بالوحدة .

ع : ذلك الذى سبب ألما ، كذلك هناك بعض الأدلة التى بالنظر إلى الوراء ستجدينها هناك . ليس بالضرورة لأنك منفتحة سوف يؤدى ذلك إلى إيذائك . وعندما تكونين منغلقة يمكن أن يؤدى ذلك إلى إيذائك ولكن بطريقة مختلفة .

س : نعم ، فى داخلى .

ع : لأن الناس لا يعرفون ما الذى يحدث لك .

س : ما يرونه على السطح على النقيض مما أراه فى الداخل .

ع : (همهمه)

س : وهذا يحمينى ، ولكن حتى الآن يؤلمنى من الداخل .

ع : حسنا ، لذلك علينا أن نتابع العبارة «إذا كنت منفتحة ، سوف أؤذى «ما السؤال رقم (٢) فى القائمة ؟

س : (تقرأ) ، هل أنت تخلطين بين العادة والحقيقة ؟ «إنها عادة . أنا لا أعرف ، أنا أخترتها تلك الليلة ، ولكن إذا كان علىّ أن أحمل هذا أو أى شىء .. أعنى أنا وحيدة ، سوف أسير وحدى ، وسوف أكون قوية لن يدخل أحد بداخلى . لا أحد مطلقاً .

ع : ولكنه الآن أصبح عادة .

س : نعم .

ع : ولكنك على الأقل حتى هذه اللحظة ، لم تسألى .

س : أرى أبى يفعلها ، هذه هى الطريقة التى يتعامل بها مع مشاكله ، ولا يزال يفعل ذلك .

ع : وهل كانت مفيدة له ؟

س : لا ، (تضحك) أظن أنه مخبول .

ع : حسناً .

س : إنها واحدة من الأشياء التى يقولونها «إنك تشبهين أباك تماماً » ،«أقول» : لا تقولوا ذلك «كما تعلمين» ، ولكن أنا هكذا .

ع : لذلك أنت فى حاجة إلى أن تجدى طريقة مختلفة ، فإذا لم تكن مفيدة له ، وليست مفيدة لك ، حينئذ عليك أن تجدى مساراً مختلفاً .

س : حسناً ، أعرف لماذا ليست مفيدة ، إنها مجرد .. الناس ، إنهم يريدون أن يساعدوا ، إنه من العسير جداً أن تقنع الناس مثلى ومثله بأنه أمر حسن أن تؤذى . حسناً ، إنه ليس أمراً حسناً أن تؤذى ، ولكن فى عقلك تقول لنفسك إنه حسن ، أفضل من أن يكون لديك ...

ع : أنذاك تسيطرين عليه .

س : نعم ، أفضل من أن يؤذيك الناس الآخرون ، لا تستطيعين التعامل مع ذلك، ولكن تستطيعين التعامل مع ...

ع و س : .... إيذاء نفسك .

ع : ربما لسببين أحداهما : أن يكون لديك قدر من السيطرة عليه ، ثانيهما ، أنها أكثر إمكانية للتنبؤية ، وتعرفين من أين يأتى ، وتعملينه لنفسك ومن ناحية أخرى ، انظرى ما الذى تفتقدينه ! فرصة ، تلك الفرصة للناس لكى يأتوا إليك .

س : عندما تحتاجين إليهم .

ع : نعم .

س : وأنت تريدنهم .

ع : فكرى كيف يكون حسناً أن تشعرى إنك استطعت الانفتاح ، ويمكنهم أن يكونوا هناك من أجلك ، إذا أعطيتهم الفرصة .

س : نعم .

وأشارت المعالجة إلى مثال من الأسبوع السابق ، عندما انفتحت سندى مع زوجها واستجاب لذلك بأن كان مسانداً ، وافقت سندى على أنه كان مفيدا ، وقضيا - المعالجة وسندى - جزء كبيراً من الجلسة فى الاطلاع على أسئلة القائمة عن تلك النقاط الصعبة التى فى الذاكرة . فى إحدى النقاط أقترحت المعالجة أنه ينبغى أن ينظرا إلى العبارة «إذا انفتحت ، سوف أتعرض للأذى» بطريقة مختلفة . وسألت المعالجة الانفتاح على ماذا ؟ الاغتصاب ؟ أشياء أخرى ؟ كل شىء ؟ وأشارت المعالجة إلى أن بعض هذه الموضوعات من المحتمل أن تكون أقل خطورة من الأخرى ، مثل الطقس . والموضوع الذى تبدأ به مع الناس من الموضوعات الأقل حساسية . وتحدثت المعالجة والعميلة عن طلب المساندة ، وذكّرت المعالجة سندى أن الناس غالبا ما يرغبون فى أن يكونوا مساندين ، ولكن لا يعرفون ماذا يفعلون ؟ أو ما الذى تريده ؟ وناقشت المعالجة مع سندى : كيف تخبر الناس بما تريده منهم.

وبعد هذه المناقشة ، قدمت المعالجة قائمة أنماط التفكير الخاطىء (كمثال ، أنظر الجلسة الثامنة) تتضمن القائمة سبعة أنماط من أنماط التفكير الخاطىء (مثل: التبسيط المبالغ فيه ، التعميم المبالغ فيه ، التفسير الانفعالى) . ووصفت المعالجة كيف يمكن أن ينتقل الشخص من أفكار محددة جداً ليفحص أنماطا أكثر عمومية . واطلعت المعالجة والعميلة على قائمة أنماط التفكير الخاطىء ، وتوصلنا إلى أمثلة لكل نمط ، وكمثال «تجاهل جوانب مهمة فى موقف «وأشارت المعالجة إلى بعض الأمور التى عرضتها سندى عدة مرات أثناء العلاج . وقالت سندى إنها لم تشاهد أبداً الأخبار ، لأنها تظهر فقط كيف أصبح العالم عنيفاً ، وكيف أن كل شخص سىء . وقالت المعالجة إن الذى كانت تتجاهله هو أن ذلك كان «أختياراً ، وهذه الأحداث يعلن عنها لأنها غير عادية ، سيئة ، ومهمة . ورجال الإعلام لا يعلنون كيف أن ملايين كثيرة من الناس لم يكونوا ضحايا الجريمة ، أو لم يفعلوا أى شىء غير قانونى ذلك اليوم .

وعندما وصلنا إلى بند «المبالغة فى التعميم من حادث واحد ، قالت سندى إنها لاحظت أنها كانت تبدأ أفكارها ، وذلك عندما ترى شخصاً فى سيارة جميلة ، أو أن شخصاً فى التلفزيون فى مركز سلطة ، فتبدأ فى القول لنفسها «مجرد لأن شخصاً أنجز شيئاً ما ، فذلك لا يعنى بالضرورة أن يمشوا على أجساد الناس لكى يصلوا إلى هذه المكانة ، ربما يكونون قد عملوا بجد . أضافت المعالجة إن هؤلاء الناس الذين يعملون بجد فإنهم عادة لا يصنعون الأخبار ، إنهم يمارسون حياتهم بهدوء ، يعملون أو يدرسون أو يراعون أسرهم . وأعطيت سندى الواجب لقراءة القائمة وملاحظة الأمثلة ، عندما تستخدم بعض أنماط التفكير الخاطىء .

الجلسة السابعة :

بدأت سندى الجلسة مرة أخرى بالحديث عن عملها الجديد ، وكانت إلى حد ما مجهدة من العمل أكثر من ٦٠ ساعة خلال الأسبوع الماضى ، وسألتها المعالجة هل استطاعت إكمال واجبها المنزلى؟ «إنها لم تكتب على الورق المعد لذلك . ولكن سندى قالت : انها قرأت قائمة التفكير الخاطىء كثيرا ووجدت نفسها تطبقها على صديقتها ، وقد أدركت أنها استخدمت عدداً من أنماط التفكير الخاطىء عبر السنوات فى هذه الصداقة ، وقالت أنها رأت هذه الصديقة تستخدم كثيراً من الأنماط نفسها . وخلال الأسبوع ، اتصلت هذه الصديقة هاتفيا بمنزل سندى ، ورد زوجها على الهاتف وذكرت المرأة عدداً من الأشياء المهينة عن سندى . وأخبر زوج سندى الصديقة أن سندى إمرأة رائعة وأنه يجب عليها ألا تتصل بهما مرة أخرى . وعلى الرغم من أن زوجها هو الذى قطع العلاقة ، فإن سندى كانت مسرورة أنه فعل ذلك ، وإنها كانت ستفعل ذلك فى أقرب فرصة ، وعبرت عن إحساس بالراحة أخيرا ، لأنها تخلصت من صداقة مدمرة .

وقضت المعالجة بعض الوقت فى قراءة الورقة ، فى حين أعطت سندى أمثلة عن الأنماط الخاطئة التى استخدمتها فى الماضى . وعند هذه النقطة من العلاج ، كانت المعالجة تستند إلى الخلف ، وسمح لسندى أن تعارض أفكارها . ونادراً ما يحتاج المعالج أن يتدخل أكثر من ذلك ، ولكن يقوم بإضافة معلومات . وعند هذه النقطة قدمت المعالجة ورقة المعتقدات المتحدية . (كمثال ، أنظر الجلسة رقم ٩) .

ع : حسناً ، حسناً ، دعينا نراجع بعض الأشياء الجديدة ، التى أريد أن تطلعى عليها .

س : حسناً

ع : الآن هذه لا تستطيعين تخطيها ، عليك أن تفعلى هذا .

س : حسناً .

ع : سوف نضيف صورة جديدة ، تعرفين كيف عملت ورقة أ ب ؟

س : نعم .

ع : (تشير إلى المربعات فى الورقة) هذا هو أ و ب و جـ ، هذه ورقة جديدة ، وهذه لك تكتبين عليها النقاط الصعبة ، وحتى إذا كنت تشعرين بأن بعضها قد تم التغلب عليه ، عليك أن تقومى بذلك للتأكد من أنك توصلت إليها.

س : حسنا ، أنا متأكدة أن هناك القليل ، أنا .... تعرفين .

ع : حسناً ، القضية حول الثقة ، من الذى يثق ولا يثق ، والمودة .

س : نعم ، الحكم على الذات ، ولا يزال القليل من الثقة ، أظن تقدير الذات .

ع : لذلك أريدك أن تلتقطى اثنين من النقاط الصعبة وتبدئى التفكير فيهما الآن. سوف نبدأ الحديث عن الأمن ، وترين إذا كان لديك أى نقاط صعبة فى الأمن ، الذى تتحدثين عنه ، فالأخبار يمكن أن تدرك كنقطة صعبة فى الأمن ، ذلك أن كل العالم كذلك عنيف ، وهذا هو المعيار . وذلك كان نوعاً من النقاط الصعبة لأنك كنت تدركين كل شىء على أنه متطرف ، أكثر من أن تحاولى ...

س : نعم ، مثل أن العالم كله كان ... تماماً مثل أن الأغلبية فيه كانت فاسدة ، حتى مذيعى نشرة الأخبار الذين يذيعونها كانوا فاسدين لأنهم أذاعوها لى . (يضحكان) .

ع : نعم ، هذا هو أ و ب و جـ وبالمثل هناك ، أفكار أو معتقدات ، وهنا حيث تضعين مشاعرك وهنا تفكيرك التلقائى . ولكن هذه المرة نريد أن تقدرى اعتقادك فيه ، بمعنى آخر ، ما مقدار اعتقادك فى هذا ؟ لأنك – تعرفين– عندما تكونى فى مرحلة انتقالية ، فى البداية قلت : «كل إنسان فاسد ،

أعتقد فى ذلك ١٠٠ ٪، ولأنك فى مرحلة انتقالية يمكن أن تقولى : «حسناً ، ربما أظن ذلك غالباً، كذلك دعينا نحاول تحديد مقدار اعتقادك الحقيقى فى ذلك ، لنرى ما إذا كان هناك أى شق فى الدرع .

س : نعم .

ع : ثم ضعى مشاعرك هنا . هذا هو الجزء ج ، ومرة أخرى حاولى أن تقدرينها الآن ؛ لأننا سوف نجعلك تقديرينها فى النهاية عندما ننتهى من الورقة التى ترينها ؟ هل أنا تغيرت، سوف أطلعك على مثال فى ثانية واحدة . كذلك تقديرين ما مقدار قوة الانفعال ؟ هل تشعرين ١٠٠ ٪ أو ٣٠ ٪ أو ٥٠ ٪ ؟ وقد يكون عندك أكثر من شعور ، ربما تكونين حزينة ، ربما تكونين غاضبة ، ربما تكونين خائفة ، ربما تكونين سعيدة ؟

س : لازلت أشعر بقليل من الغضب نحوه .

ع : (همهمه) .. هذا هو الجزء ، ثم هذه هى الأسئلة التى تسألينها لنفسك . هذا هو السؤال الأول فى القائمة : ما الدليل ؟ ومهما تكن النقاط الصعبة لديك ، اقرئى قائمتك ، وفكرى فى الدليل . هل أفكر فى كل العلاقات أم لا أفكر فى أى علاقة ؟ هل نأخذ هذا خارج السياق أو أى شىء . وهناك أنماط التفكير الخاطىء : هل أنا أقع فى هذه الأنواع من الأشياء ؟ هل أنا أبالغ فى المعانى الخاصة بى ؟ هل أنا أهمل الأشياء المهمة ؟

س : نعم .

ع : هل أنا منشغلة فى التفكير الانفعالى ؟

س : التبسيط الشديد ، هل هو سىء أم حسن ؟

ع : نعم ، هذا هو الشىء المهم ، ماذا أيضاً يمكن أن أقوله ؟ أعنى ، ليست هناك أدلة كافية كما أعتقد ، أو ربما أكون من النوع الذى يعمل كل شىء أو لا شىء . ماذا أيضا يمكن أن أقول لنفسى ؟ كيف يمكن أن أفسره أيضاً ؟ ماذا أيضاً يمكن أن أقول ؟ كيف يمكن أن أفسر هذا الحادث أيضاً ؟ حسناً .

س : نوع من جذب الطرف الآخر ، ذلك الذى يظهر غالباً .

ع : أو أكثر توازناً أحياناً لا يكون انتقالاً لشىء من طرف إلى الطرف الآخر ، ولكن يكون تحريكا له . (إيماءات) «حسنا ، بعض الناس سيئون ، ولكن لا

يعنى هذا أنه دائماً يتم الهجوم علىّ ، أو يعنى هذا أننى سوف لا أكون آمنة ، أو أنه لن يكون هناك شخص يوثق فيه» . بعد ذلك حاولى التوصل إلى شيء لتقوليه ، ذلك صحى إلى حد ما لأنك تقولينه لنفسك .

س : ليس كل شخص في الأكاديمية سيئاً (يضحكان)

ع : حسناً ، هذا الجزء الصغير نوع من التسليه لتلعبى به ، لأنك تصلين أحياناً إلى فكرة أنه إذا حدث شيء يكون كارثة كاملة . ما أسوأ من ذلك يمكن أن يحدث ، إذا خدعك شخص ما يمكنك أن تقولى «حسنا ، سوف أعطيه فرصة أخرى أو سوف أجد شخصا آخر ، أو سوف ... تعرفين . كذلك عليك أن تفكرى فى الأسوأ ، وأنه يمكن أن يحدث ، وإذا ما حدث كيف أواجهه ؟ وماذا يمكن أن أفعل إزاءه ؟ إذ لو أنك اتبعت هذه النظرة المتطرفة هنا وقمت بتنفيذها ، فلن تكونى هذه هى الكارثة أحيانا .

س : ونتوجه نحوها أيضا ، ولا تكون غامرة إلى هذا الحد .

ع : واتجهى نحوها مباشرة . والآن ماذا تريدين أن تفعلى عندما تصلين إلى نهاية هذا العمل . عليك عندئذ أن تعيدى ترتيب معتقداتك . والآن ، باطلاعك على ذلك ، وسألت نفسك هذه الأسئلة ونظرت إلى الأنماط وتوصلت إلىّ البدائل ، ما مقدار اعتقادك هذا بعد الآن ؟ وبماذا تشعرين الآن ؟ وقد انتهيت من ورقة العمل ؟ إن هذه طريقة نشطة للعمل الحقيقى فى بعض الموضوعات فى الحال .

س : مثلما يعمل دماغك ، ولكن بطريقة منظورة .

ع : لقد عملنا هذا منذ البداية ، وأعطيتك طرقاً أخرى للنظر للأمور ، وتقولين «احتفظ بها للحظة» .

س : نعم .

ع : كذلك ، قمنا بهذا معاً ، وعملت الكثير منه ، والآن ، ومن هنا وحتى النهاية ، عليك أن تتغلبى عليه ، وكذلك لا تنزلقى إلى أنماط قديمة . والنقطة الأخرى فى هذا هى أن أموراً أخرى قد تحدث فى حياتك .

س : حسناً ، هذا ما فكرت فيه .

ع : هذا سوف يعطيك بعض الأدوات التى سوف تملكينها إلى الأبد ، لتتعاملى

مع أى شىء يواجهك فى حياتك .

س : أعرف لقد تم عمل هذا (مشيرة إلى أسئلة التحدى وقائمة أنماط أخطأ التفكير) لأنه عندما كان لدى مشكلة مع صديق لجأت إليها ، وفى الحقيقة أفادت . وأفهم الكثير الذى لم ...

ع : نعم : لقد أحضرت كثيراً من هذه الأسئلة لك لتأخذيها إلى المنزل وتؤديها .

س : حسنا .

ع : الشىء الآخر الذى أردت أن أريك إياه كان مثالاً لذلك . إنها شئ قامت بها عميلة أخرى ونستخدمه كمثال لأنه أحياناً يكون من الصعب أن نضعه فى ورقة غير مكتوبة ، حسناً ، هنا نجد نقطة صعبة «أرى نفسى أننى سوف أتحطم بطريقة ما ، نوع من التخريب ، لأننى قد اغتصبت ، هناك شىء ما خطأ فىّ الآن» . حسنا ، لقد قالت لنفسها الفكرة التى كانت لديها ، والتى كانت تغذى تلك النقطة الصعبة» . وكانت هذه الفكرة هى «هناك شىء ما خطأ فىّ ، لذلك فكرت أنه يستطيع أن يغتصبنى أساساً» ، هذا ما يبدو أمراً مألوفاً ؟

س : نعم (تضحك) هل هذا خاص بى .

ع : لا .

اطلعت المعالجة والعميلة على ورقة الأمثلة ، وكانت سندى قادرة على متابعتها جيدا . وذكرت المعالجة سندى بأنها ينبغى ألا تستخدم عبارات أو أنماطاً خاطئة . وفى تلك الحالة ، لا نتوقع تغيراً فى المشاعر ، وحذرت أيضاً بألا تتوقع أن تتغير مشاعرها ومعتقداتها كلية فى عملية متابعة الأوراق . فالأفكار القديمة ستحتاج إلى أن تتفكك كلية ، والأفكار الجديدة تحتاج إلى أن تعتاد عليها سندى أكثر لترى تغيراً أكثر استدامه . وقد اقترح أن تقرأ الأوراق لنفسها عدة مرات لتسهل العملية . وحينئذ قدم موضوع الأمن ، فأعطيت سندى الجزء الأول من خمسة أجزاء (ورق من صفحتين إلى ثلاث صفحات لكل موضوع من الموضوعات التالية : الأمن، والثقة والقوة ، والتقدير ، والمودة) لقراءتها ، وصفحات المعتقدات المتحدية لتستخدمها . وتناقش هذه النماذج كيف أن المعتقدات عن الذات والآخرين يمكن أن تتغير أو تؤكد بعد الاغتصاب ، ويتوقف ذلك على الخبرات قبل الاغتصاب ، وهذه النماذج تصف التأثيرات الانفعالية والسلوكية على المعتقدات الخاطئة بالنسبة لكل موضوع من الموضوعات ، وتقدم

عبارات ذاتية بديلة ، للنماذج (انظر : Resick & Schnicke, in Press). وذكرت سندى أنها كانت تشعر دائماً أنها آمنة قبل الاغتصاب ، وشعرت أن أسرتها يمكن أن تحميها . ومنذ الاغتصاب لم يعد الأمن مشكلة مثل الثقة ، ولكن لديها بعض القضايا حوله ، وكدليل على ذلك تجنبها أخبار التليفزيون ، ورأت المعالجة أن سندى قد ترغب فى استكمال ورقة عمل فى هذا الموضوع .

الجلسة الثامنة :

وصلت سندى إلى الجلسة ولم تكمل ورقتين للواجب المنزلى : الأسئلة المتحدية ، وأنماط التفكير الخاطىء ، ولم تكمل أياً من نماذج أوراق الأمن . فى قائمة الأسئلة المتحدية (شكل ٢ -٢) ، قررت سندى أن تعمل على عبارة «إذا كنت مستعدة وحصلت على مساعدة عندما كنت اغتصب ، كنت أصبحت المتهم إلى حد ما» . ولاحظت المعالجة أن هذه العبارة عكست فعلاً بعض الابتعاد عن العبارات السابقة ، التى كانت أكثر تطرفاً ، وقرأت من الإجابات الموضحة فى شكل (٢ - ٢) .

وبعد قراءة ومناقشة إجاباتها ، قرأت سندى ثلاثة أمثلة من أنماط التفكير الخاطىء ، التى لاحظتها وتتعلق بالاغتصاب ، وتركت الباقى أبيض دون إجابة . ناقشت المعالجة وسندى البنود الثلاثة التى أكملتها كما هو موضح فى الشكل (٣-٢) . أشارت المعالجة إلى أنه أحياناً يكون الاغتصاب ذاته ، والأفعال الجنسية ، ليست صعبة على التذكر مثل بعض اللحظات الأخرى . ان سحب مارك لسندى فى الصالة حدد أن الحادث اغتصاب ، لذلك أيضاً كان ذلك الجزء من الحادث الأكثر خلطا فى المخطط ، ولذلك فهو أكثر الموضوعات عرضة للتشويه (أو فقدان الذاكرة) . وسألت المعالجة سندى عما إذا كان يمكنها الآن أن تفكر فى بعض الأمثلة للبنود ، التى تركتها بيضاء دون إجابة فى تبسيط شديد للأحداث مثل حسن أو سىء ، أو تفسير انفعالى أو قراءة الأفكار . أجابت سندى بالقول أنها قامت بتبسيط شديد وبطرق متعددة وقرأت القائمة بسرعة «هؤلاء الناس سيئون» «النظام القضائى خطأ» «أنا سيئة» «إنه ذهب إلى الأكاديمية فهو حسن» أعطت أمثلة أخرى كثيرة عن التفسير الانفعالى ، ولكنها كانت إلى حد ما تجد صعوبة فى قراءة الأفكار . وأعطت المعالجة المثال على كيف أنها افترضت أن الناس ينبغى أن يتصرفوا ، وأجابت سندى «لم أعط والدىّ فرصة ، لم أعط أى شخص فرصة» .

على الرغم من أنها لم تقم بالواجب عن الأمن ، إلا أن المعالجة جعلت الجلسة كلها تدور حول موضوع الأمن ؛ لتستطلع ما إذا كانت سندى لديها نقاط صعبة تتعلق بهذا الموضوع . وأثناء التحقق من ذلك ، أجابت سندى أنها لا تشعر بأنها غير آمنة عندما تكون مع رجل وحدها ، وأنها تكون حذرة عندما تركب سيارتها . وكثيراً ما تقوم بوضع تصورات لخطط عندما تجد نفسها فى موقف محتمل غير آمن ، وهى لا تحمل مسدساً . وبصفة عامة شعرت براحة عن مستواها من الحذر ، ولم تكن تهتم اهتماماً زائداً بخطورة الآخرين . وقالت أنها أدركت عندما :

فيما يلي قائمة الأسئلة التى تستخدم لمساعدتك فى تحدي عدم توافقك أو معتقداتك التي تعد مشكلة . لاحظى أن كل الأسئلة ليست ملائمة للمعتقد الذي تختارينه للتحدي . أجيبي عن أكبر قدر تستطعينه من الأسئلة للمعتقد الذي تختارينه للتحدي .

المعتقد : إذا كنت مبادرة وساهمت عندما اغتصبت ، كنت قد أصبحت أنا المتهم إلى حد ما .

١ - ما الأدلة التى ضد أو مع هذه الفكرة ؟

على الرغم من أن بعض الناس سيصدقون ، فإن بعض الناس قد يفكرون أن مارك لا يفعل ذلك ، وأن الذى أريده الآن هو محاولة إيذائه .

٢ - هل تخلطين بين العادة والحقيقة ؟

هذه حقيقة

٣ - هل تفسيراتك للموقف ابتعدت كثيراً عن الواقع بصورة واضحة ؟

نعم ، أظن أن معظم الناس يرون الاغتصاب والإساءة بطريقة مختلفة . معظم الناس يهتمون .

٤ - هل تفكرين بمنظور الكل أو لا شيء ؟

لقد كنت . فأن تجلس وتترك الأمر يحدث يجعلك تشعر بالذنب ، اعتقدت أنهم (معظم الناس) لا يريدون أن يحدث اغتصاب وإساءة ، وعندما يحدث ، إما أنهم لا يرغبون فى التورط ، أو - فى بعض الحالات - يقال للفتاة ، حتى فى المحكمة ، إنها سعت لذلك وأحبته .

٥ - هل تستخدمين كلمات أو جملة متطرفة أو مبالغاً فيها (مثل : دائماً وللأبد ، وأبداً ، وحاجة ، ويجب ، ولا أستطيع ، وكل مرة) ؟

نعم .

٦ - هل أخرجت أمثلة مختارة عن السياق ؟

نعم ، لأننى قد اغتصبت مراراً ، أعرف جحيم النساء الأخريات والأطفال محتفظة بالآمى الخاصة داخلى . شعرت بغضب وألم كل ضحية اغتصبت ، وكل اعتداء جنسى على طفل أذيع على شاشة التلفاز . وغضبى كان مبنياً على ألم الآخرين ، عندما لا أستطيع التفكير فى ألمى أنا .

٧ - هل تضعين أعذاراً (مثل : أنا لست خائفة ، أنا لا أرغب فى الخروج ، الناس الآخرون يتوقعون أن أكون كاملة . أو لا أرغب فى المكالمة الهاتفية لأنه ليس لدى وقت) ؟

لا ، غير أنهم يريدون إيذائى ، فإذا حاولوا . سوف أقوم بإيذائهم .

٨ - هل مصدر المعلومات موثوق فيه ؟

التلفاز كان مصدرى للمعلومات، المصدر موثوق فيه ، وأخرجته من السياق.

٩ - هل تفكرين بمنظور الحقائق التى لا ريب فيها ، أم الاحتمالات ؟

لقد كنت على يقين أننى إذا أخبرت أى شخص ، فإن ذلك سوف يدمر حياتى ، وكل شخص من الممكن أن يصدقه .

١٠ - هل تخلطين بين الاحتمال المرجح والاحتمال غير المرجح ؟

نعم ، أعتقد أن الأمر سوف يكون على الأرجح لصالحه وليس لصالحى .

١١ - هل أحكامك تبنى على المشاعر أكثر من الحقائق ؟

نعم ، إنها كانت تقوم على المشاعر ، لم أعط الحقيقة فرصة أبداً .

١٢ - هل تركزين على عوامل لا صلة لها بالموضوع ؟

نعم ، لأنها لم تنجح مع بعض الناس الذين شاهدتهم على التلفاز ، لقد كان هناك عدد كبير من الناس الذين تم مساعدتهم ، ولكن ذلك لم يكن حدثاً إعلامياً كبيراً .

شكل (٢ – ٢) : الأسئلة المتحدية

اغتصبها مارك أن ما حدث يعنى أن أى شخص آخر يستطيع ذلك .وعلى الرغم من ذلك ، فقد شعرت أنها أصبحت الآن قادرة على أن تحمى نفسها ، وهى تعتقد أنها من المحتمل أن تقاوم أكثر ، إذا هوجمت ثانية . وقررت المعالجة أن تترك موضوع الأمن ، لأن معتقدات سندى لم تكن متطرفة ، وقامت بعمل تدريب معقول لاحتياطات الأمن . وانتقلا إلى موضوع الثقة ، وأشارت سندى إلى أن أقرب الناس إليها هم الذين يفزعونها أكثر . وعلى الرغم من ذلك ، فقد اعترفت أيضاً أن خبراتها قبل الاغتصاب كانت إلى حد كبير إيجابية . وتطرقت المعالجة وسندى إلى نموذج الثقة ، وشعرت سندى أن كل التأثيرات الممكنة الموجودة فى القائمة تنطبق عليها ، وصرحت بأنها حاولت بصدق أن تنفتح على زوجها ، فكانت تقول الكثير وكانت تشعر بالكثير ، وكانا يتواصلان أفضل وشعرت بأنهما أكثر استرخاء وأكثر راحة .

فيما يلى نجد عدة أنواع من أنماط التفكير الخاطىء ، والتى يستخدمها الناس فى مواقف الحياة المختلفة . هذه الأنماط غالباً ما تصبح أفكاراً آلية معتادة ، وتجعلنا ننشغل فى سلوك هزيمة الذات .

أنظر إلى النقاط الصعبة الخاصة بك ، وحاول أن تجد أمثلة لكل من هذه الأنماط ، اكتب النقاط الصعبة تحت النمط الملائم ، وصف كيف يناسبك هذا النمط ، فكر فى أن ذلك النمط يؤثر فيك .

١ - تصل إلى خلاصة عامة عندما يعوزك الدليل أو حتى عندما تكون الأدلة متناقضة : لم أخبر أى شخص بما حدث لى ، ولكن إلى الآن أنا كنت مقتنعة أننى سوف أكون المتهمة ، سوف أشعر بالخزى ، لم أكن أبدأ المبادرة . ولذلك لا أعرف كيف سيكون رد فعل الناس ، على كل حال أعرف أنهم ينبغى أن يكونوا مساندين .

٢ - المبالغة أو التقليل من معنى الحدث : تضخيم الأمور ، أو تقليل أهميتها بطريقة غير ملائمة .

لقد تركت الأمور تخرج عن السيطرة عندما تركته يقبلنى ، عندما كنا نرقص . عندما قبلنى حينئذ استثرت ، لماذا لم أقاوم أكثر ؟ لأننى كنت مصدومة ؟ قبلة حسناً . اغتصاب لا .

٣ - التغاضى عن جوانب مهمة فى الموقف .

الاغتصاب اغتصاب ، التغاضى عن كيف جرنى فى الصالة .

٤ – التبسيط الشديد للأحداث أو المعتقدات ، حسنة وسيئة ، وصواب – خطأ .

٥ – التعميم الزائد من حادث مفرد ، رؤية حادث سلبى كنمط لا ينتهى أبداً من الفشل ، أو الربط بين المغتصب والجماعة كلها .

٦ – قراءة الأفكار : الزعم بأن الناس يفكرون تفكيراً سلبيّاً عنك ، مع عدم وجود أدلة محددة لهذا الزعم .

٧ – الاستنتاج الانفعالى : التبرير من مشاعرك .

شكل (٣ – ٢) : أنماط التفكير الخاطىء

وعندما سألتها المعالجة عن العلاقات الأخرى ، أجابت بقولها إنه لم يكن لديها علاقات حميمة أخرى ، سوى مع أمها ، وقالت إنها كانت لديها تلك الصديقة الأخرى ، ولكن لم تكن تستطيع الثقة فيها ، وأضافت أيضاً ، أنها كانت تجبر نفسها وفى عملها الجديد على أن تذهب إلى الناس ليكونوا أصدقاء . وسألت المعالجة سندى عما إذا كان هناك فى الأفق أناس يمكن أن تكّون صداقة معهم . قالت سندى نعم ، هناك الكثيرون ، وأضافت مفكرة أنها إذا قابلت الناس فى العمل قبل العلاج ، كانت سوف ترتاب وتحكم عليهم بأنهم زائفون ، والآن عرفت أنهم ليسوا كذلك . إنهم مخلصون مهذبون . وأنهت المعالجة الموضوع بأن ذكّرت سندى بأن الثقة لا تعمل بمفتاح على نظام افتح – اغلق ، فالثقة تعمل من خلال مستويات ، وتستغرق وقتاً .

الجلسة التاسعة :

ألغت سندى إحدى الجلسات نتيجة لأستغراقها فى العمل ٦٠ ساعة فى الأسبوع ؛ ولحدوث وفاة فى أسرة زوجها . وفى الجلسة التالية ، وصلت ومعها عدد من أوراق عمل المعتقدات المتحدية التى أكملتها ، وعلى الرغم من أن سندى قالت إنها لا تشعر الآن بأنها قوية كما كانت من قبل ، قررت أن تستكمل مجموعة من أوراق العمل عن إدراكاتها بعد الاغتصاب ؛ لأنها أثرت تأثيراً قوياً فى مستوى ثقتها فى الآخرين . (اثنتان من هذه الأوراق موضحتان فى شكلى (٤ – ٢ ، ٥ – ٢) .

عمود أ	عمود ب	عمود جـ	عمود د	عمود هـ	عمود و
الموقف	الأفكار التلقائية	تحدي أفكارك التلقائية	أنماط التفكير الخاطيء	الأفكار البديلة	التقليل من تضخيم المأساة
صف الحدث أوالاحدا ث ، الافكارأو المعتقدات التي تؤدي الي الاتفعالات غيرالسارة	أكتب الأفكار التلقائية التي تسبق المشاعر في عمود أ . رتب المعتقدات في كل فكرة تلقائية تالية من صفر إلي ١٠٠٪	استخدم ورقة أسئلة التحدي لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	استخدم ورقة أنماط التفكير الخاطيء لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	ما الذي استطيع أن أقوله أيضاً بدلا مما في عمود ب ؟ كيف أستطيع أيضاً أن أفسر الحدث، بدلا من عمود ب؟ رتب المعتقد في الأفكار البديلة من صفر إلي ١٠٠٪ .	ما أسوأ فكرة يمكن أن تحدث حقيقة حتي الآن ؟ أن تصبح الشخص المتهم .
لا أحد يمكن أن يصدقني إذا أخبرتهم	عليّ أن أبرهن أنني الضحية وليس لدي برهان حقيقي ٧٥٪ .	الطريقة التي رأيت بها ضحايا الاغتصاب الأخريات في معظم الحالات التي حدثت أصبحن متهمات .	أفتراض أن أكون المتهمة ، افتراض أن أحداً لن يصدقني هو ما يجعلني استخلص النتائج .	أنا لم أقل أيضاً إنني لا أفترض أن احد لن يصدقني ٥٥٪ . بعدم إخبار عدد كبير من الناس ،	حتي لو حدث ذلك ما الذي أستطيع عمله؟ أحارب من أجل شرفي ، لن أدعهم يدخلون داخلي .

يتبع ←

عمود أ	عمود ب	عمود جـ	عمود د	عمود هـ	عمود و
				أنقذت من الكثير من الألم .	
الانفعالات حدد : حزن ، غضب إلخ ، ورتب الدرجة التي تشعر بها كل شعور من صفر إلي ١٠٠٪ غضب ٨٥٪ مشوش ٥٪ حزن : ١٠٪ .				لقد إهتممت بهؤلاء الناس أكثر مما أهتم بأن يدفع مارك ثمن جريمته ٩٠٪ .	النتيجة : أعد ترتيب المعتقد في الأفكار التلقائية في عمود ب من صفر إلي ١٠٠٪ : ٦٥٪ حدد ورتب الانفعالات التالية من صفر إلي ١٠٠٪ : غضب : ٦٠٪ مشوش : ١٠٪ حزن : ٣٠٪

شكل (٤ – ٢) : ورقة عمل المعتقدات المتحدية الأولى .

عمود أ	عمود ب	عمود جـ	عمود د	عمود هـ	عمود و
الموقف	الأفكار التلقائية	تجدي أفكارك التلقائية	أنماط التفكير الخاطيء	الأفكار البديلة	التقليل من تضخيم المأساة
صف الأحداث ، الأفكار أو المعتقدات التي تؤدي إلي مشاعر غير سارة .	أكتب الأفكار التلقائية التي تسبق المشاعر في عمود أ رتب المعتقد في كل فكرة تلقائية تالية من صفر إلي ١٠٠٪	استخدم ورقة أسئلة التحدي لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	استخدم ورقة أنماط التفكير الخاطيء لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	ما الذي أستطيع أن أقوله أيضاً بدلاً مما في عمود ب ؟ كيف أستطيع أيضاً أن أفسر الحدث بدلا من عمود ب ؟ رتب المعتقد في الأفكار البديلة من صفر - ١٠٠٪	ما أسوأ فكرة يمكن أن تحدث حقيقة حتي الآن ؟ أن تؤذي من شخص ما .
أن يصبح الناس القريبون مني جديرين بالثقة لانفعالات حدد : حزن ، غضب رتب الدرجة التي تشعر بها كل	أي شخص يمكن أن يؤذيني لا أستطيع أن أثق في أي شخص ١٠٠٪ .	إنها حقيقة أن أي شخص يمكن أن يؤذيني وقد لا أستطيع الثقة في كل شخص ، ولكن ذلك لا يعني أنني	قراءة الأفكار - أنا أحكم علي كل واحد مسبقاً المبالغة في المعني - أستطيع أن أثق في بعض الناس، ولكنني أثق	يكون من السهل أن نثق في الآخرين بمجرد أن بدأت الثقة في نفسي وفي أحكامي. سوف أكون	حتي إذا حدث ذلك ، ما الذي يمكن أن أفعله ؟ استمر في التركيز . لا أستطيع التحكم في الناس

يتبع ←

عمود أ	عمود ب	عمود جـ	عمود د	عمود هـ	عمود و
شعور من صفر – ١٠٠ حزن : ٨٠٪ غضب ٢٠٪ .		يجب أن أتوقف عن أن أثق في الأشخاص الذين كنت أثق فيهم .	في بعض الناس .	دائماً شاكاً في الناس عموما ، ولكن هناك بعض الناس أثق فيهم .	الآخرين . أرفع رأسي إلي أعلي ، وأظل فخوره بما هو أنا النتيجة : أعد ترتيب المعتقد في الأفكار التلقائية في عمود ب من صفر إلي ١٠٠٪ : حدد ورتب الانفعالات التالية من صفر إلي ١٠٠٪ حزن : ٢٠٪ غضب : ٥٪ سعادة : ٧٥٪

شكل (٥ – ٢) : ورقة عمل المعتقدات المتحدية الثانية .

أثنت المعالجة على سندى لإكمالها أوراق العمل ، وأشارت المعالجة إلى أن سندى لم تغير معتقداتها أو مشاعرها كثيراً فى ورقة العمل الأولى ، ولكن كان هناك قدر كبير من الصدق فى عباراتها فى ورقة العمل .

وناقشت واقع التحسن فى معرفة الاغتصاب الآن ، والتى كانت أقل بكثير منذ عشر سنوات . وكيف أن مارك المشهور ، كان مثل كثير من الناس غير قادر على فهم أنه يقترف الاغتصاب . والأمر المهم الذى علينا أن نتذكره هو أنه ليس كل فرد سوف لا يصدق . ووافقت سندى بسهولة ، وبرهنت ورقتها الثانية على حقيقة أنها كانت تبتعد عن تعميم عدم الثقة . وقضت المعالجة وسندى وقتاً أطول فى الورقة الثالثة ، التى تظهر فى الشكل (٦ - ٢) .

عمود أ	عمود ب	عمود جـ	عمود د	عمود هـ	عمود و
الموقف	الأفكار التلقائية	تتحدي أفكارك التلقائية	أنماط التفكير الخاطيء	الأفكار البديلة	التقليل من تضخيم المأساة
صف الحدث، الأفكار أو المعتقدات التي تؤدي إلي الانفعالات غير السارة	اكتب الأفكار التلقائية التي تسبق الانفعالات في عمود أ رتب المعتقد في كل فكرة تلقائية تالية من صفر إلي ١٠٠٪ .	استخدم ورقة أسئلة التحدي لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	استخدم ورقة أنماط التفكير الخاطيء لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	ما الذي أستطيع أن أقوله أيضاً بدلاً مما في عمود ب ؟ كيف أستطيع أيضاً أن أفسر الحدث ، بدلاً من عمود ب ؟ رتب المعتقد في الأفكار البديلة من صفر - ١٠٠٪ .	ما أسوأ فكرة يمكن أن تحدث ضيق ؟ والتي يمكن أن تكون مزعجة جداً .

يتبع ←

عمود أ	عمود ب	عمود جـ	عمود د	عمود هـ	عمود و
أريده يخبرني لماذا؟ لماذا فعل ذلك بي ؟ **لانفعالات** حدد الحزن ، الغضب ... إلخ ورتب الدرجة التي تشعر بها كل شعور من صفر إلي ١٠٠٪ غضب ٧٥٪ حزن : ٢٠٪ فزع : ٥٪	أستحق أن أعرف ١٠٠٪. أريد أن أسامحه ٨٠٪ . أريد أن أتغلب عليها كلية ؛ حتي نتحدث هو وأنا عن الأمر ٩٠٪ .	أشعر بالقوة جدا إزاء الحدث . أريد أن تقال الحقيقة .	لا أريد قراءة الأفكار أو أخرج بخلاصة . أريد أن أعرف الحقيقة من الشخص الوحيد ، الذي يمكن أن يقولها .	أنا فزعة ٢٥٪ .	ذلك ، ما الذي يمكن أن أفعله ؟ الاستمرار في أن أعرف الحقيقة لا يزال في قلبي أرفع رأسي عالية وأستمر **النتيجة** : أعد ترتيب المعتقد في الأفكار التلقائية في عمود ب من صفر إلي ١٠٠٪ حدد ورتب الانفعالات التالية من صفر إلي ١٠٠٪ غضب : ٧٥٪ . حزن : ١٥٪ فزع : ١٠٠٪

شكل رقم (٦ – ٢) : ورقة عمل المعتقدات المتحدية الثالثة .

ع : لماذا تريدين الصفح عنه ؟

س : لأننى أهتم به ، ولا أرغب أن أستمر فى كراهيته طول الحياة .

ع : هل عليك أن تظلى طول الحياة فى كراهية إذا لم تصفحى عنه ؟

س : لا أعرف .

ع : أعنى أن الصفح ليس هو نفس الشىء . . .

ع ، س : .... كالكراهية .

ع : عليك أن تتركى مشاعر الغضب تصل إلى مدى معين ، وتستمرى فى قول : «على ألا أصفح عنه» .

س : ولكن حتى الآن أريد أن أعرف لماذا ؟ أريد تفسيراً لما حدث ، لأنه كانت بيننا علاقة حميمة جداً .

ع : كيف ستشعرين إذا لم تحصلى على الإجابة التى تريدينها ؟

س : (فترة صمت طويلة) لا أعرف ، أظن أننى سوف أظل هكذا ؟ بطريقة ما ، أشعر أننى سوف أحسمها بينى وبين نفسى ، ولكن لا أرغب فى أن أكون قارئة أفكار ، أريد أن أسمعها خارجة من فمه .

ع : ما الإجابة المقبولة لك ؟

س : أى شىء غير مجرد التلاعب والخداع .

ع : ماذا يمكن أن يقول إذا كان أميناً بما فيه الكفاية ...

س : آسف .

ع : ولكن ذلك لا يخبرك لماذا فعلها . إذا كان أمينا ويقول : «أنت على حق أنا فعلتها» وبعد ذلك يقول : كنت مضطرباً ، لقد كنت صغيراً . كانت هناك كل هذه الأمور تحدث فى المنزل . أردت أن أشبع احتياجاتى ، لقد كنت مخطئاً» . هل هذا يمكن قبوله ؟

س : نعم : ... أظن ، أكثر أو أقل ، أريد أن أخبره ، أن يتحقق من مقدار تأثيرما حدث فى حياتى ، مقدار الألم الذى سببه ، مقدار ما كان علىَّ أن أفعله .. أظن أكثر من أى شىء . ليس ما أريد هو أن أسأله لماذا ، بقدر ما أريد أن أرسل رسالة .

ع : ذلك مختلف . ذلك الذى جعلنى أتعجب كيف يمكن أن يساعد ذلك فى

معرفة لماذا لا يصفح ذلك عما حدث .

أجابت سندى بأنها لا تزال تقابل مارك فى المناسبات الاجتماعية أحياناً عندما يأتى إلى المنزل للزيارة ، فهو لا يزال على مودة مع أخيها ، ولقد كررت رغبتها فى أن تجابهه .

ع : ما الذى سوف يحدث إذا أنكر ؟ وقال : ما الذى تتحدثين عنه ؟ أنا لم أفعل أبدا مثل هذا الشيء .

س : لقد ذكرته بأننى أعرف الحقيقة ، مهما يقول ، لازلت أعرف ، تلك هى كل الأمور بالنسبة لى ، لا أنكرها لنفسى بعد ذلك . إنه يعرف أننى أعرف الحقيقة ، ولا يوجد شيء يمكن أن يغير ذلك أبداً .

ع : (تومىء برأسها) مادمت لا تبحثين عنه ليؤكد ما حدث .

س : لا ، أنا لا أحتاجه ليؤكد ، أنا أعرف ، أنا فخورة إلى حد ما من نفسى للمعرفة !

ع : حسناً ، ذلك ما أريد أن أسمعه منك (يضحكا) أحياناً تكون لدى الناس فكرة مواجهة شخص ما لجعله يعترف ، لتصبح «حقيقة» .

س : فى البداية كنت أريده أن يفعل ذلك .

ع : أنظرى إلى حاجتك خلال العشر سنوات السابقة لتشويه ما حدث وتسميته شيئاً آخر . الآن إذا كان هذا هو ما تفعله الضحية ، هل يمكنك تصور مقدار ما يشوهه المعتدى ولا يتذكره ؟ وسألت المعالجة عما إذا كانت سندى يمكن أن تشعر بالراحة بكتابه خطاب ، بدلاً من مواجهة مارك وجهاً لوجه . قالت سندى إنها لا تريد كتابة خطاب لأن مارك قد لا يقرؤه ، إنها أرادت أن تراه بطريقة مباشرة .

ع : ما الذى سوف يفعله ذلك بعلاقتك بأخيك ؟

س : لا أظن أننى سوف أخبره ... وأنا أفتقد أخى . لم أتحدث معه منذ شهر .

ع : بسبب هذا . (تشير بيدها ليعنى العلاج) .

س : نعم .

ع : ما الذى سوف تفعلينه فى ذلك ؟

س : ذلك هو ما تلح أمى فى السؤال عنه . من الواضح أنه منزعج ، ويرغب فى أن أتصل .

ع : هل أنت متأكدة من أنك أوقفت مارك عن أن يخرب حياتك كلية ، ولكنه لا يزال يتدخل فى علاقتك بأخيك ولم تصححى ذلك . هل لأنك خائفة من أن أخاك سوف ينحاز إلى مارك ؟

س : لا ، سوف يؤذيه الموضوع .

ع : إلى هذا الحد ! لا يزال أخاك ويؤذيه أن تستمرى على هذه المسافة . وربما إحدى الطرق التى يمكن اللجوء إليها هو أن تقولى شيئاً مثل : «هناك شيء ما قد حدث منذ مدة طويلة ، ولم أخبرك به أبداً لأننى كنت خائفة من أنه يمكن أن يؤلمك بدرجة كبيرة . ولكنى من ناحية أخرى . أستطيع أن أعرف ما تأثير أن أحتفظ بهذا المارد سراً على علاقتنا . أريد أن أعرف أنك تستطيع أن تكون مسانداً لى حتى نعيد الحياة إلى هذه العلاقة ، وبذلك نقترب من بعضنا مرة أخرى . ولذلك أرغب فى أن أتجه نحو هذه المخاطرة ، ولكن لا أعرف ما إذا كان يمكنك معالجة هذا الموضوع إن ذلك قد يساعده فى فهم كثير من الأمور ، مثل لماذا تغيرت ، ولماذا أصبحت بعيدة عنه .

س : وعن كثير من الناس .

ع : بالتأكيد ، إنه كبير بما يكفى للتعامل مع الموضوع الآن .

س : جزء منى يريد أن أتحدث إليه ، وجزء منى لا يريد إيذاءه .

ع : أنت لا تعطينه الفرصة لكى يقترب منك ، لا تعطينه الفرصة لكى يمدك بالمساندة .

س : وأنا أوذيه ، وأوذى نفسى بعدم التحدث معه .

ع : وأنت أيضاً تحمينه ، ولا تسمحين له بأن يتصرف بمفرده .

س : ولكن أعرف أنه سوف ينزعج .

ع : ذلك شأنه لكى يتعامل مع الموضوع .

س : لأن ما حدث ، حدث لى ، وهو أمر لا يمكن إنكاره .

ع : لا ، وهذا أمر متوقع أن يشعر بالحزن أو الألم إذا حدث شيء ما لأخته . هذه مشاعر متوقعة لأن يشعر بها . ولكن لا تندهشى إذا كان لديه غضب

بسيط نحوك لأنك لم تخبريه ؛ لأنه أحياناً عندما تنتظرين وقتاً طويلاً قبل أن تخبرى الناس ، يكون عليك أن تمهدى للموضوع ، وتشرحى لماذا لم تخبريهم من قبل ، وإلا فإنهم سوف يقاطعونك بقولهم لماذا لم تخبرينا ؟ «ذلك نوع من فقدان الرسالة ، وينسون أن يكونوا مساندين لأنهم مشغولون جداً ، وأنهم أوذوا لأنك لا تثقين فيهم . ذلك هو السبب فى أنه ينبغى أن تقولى : «لم أخبرك من قبل لأننى أعرف أن الموضوع يسبب لك ألماً ، وأعرف أنه سوف يبكيك لإخلاصك ، و (وماذا أيضاً تريد أن أقول) . والآن أنا أرى أنه قد حدث كثير من الضرر بيننا ، ولا أرغب فى أن يستمر ذلك» .

س : هذا ما حدث . أظن أن ذلك هو السبب فى أننى أردت التوقف عن التحدث معه . إن الأمر ضايقنى أيضاً .

ع : حسناً ، يمكنك أن تخبريه أنك كنت مشغولة بالموضوع أثناء العلاج ، وقبل ذلك كان مؤلماً جداً أن أتحدث إليك عنه .

س : التحدث ، نعم . أنا متأكدة أنه بمجرد أن نجلس سوف نتحدث فى كل شىء ، ربما يقربنا ذلك من بعضنا أكثر .

ع : هذا هو الهدف من عمل ذلك . وأيضاً طريقة لإعادة العلاقة ، كمجال آخر فى حياتك أفسده مارك ، والآن يمكنك إعادته إلى ما كان عليه .

س : لأننى كنت غاضبة منه لوقت طويل بخصوص هذا الموضوع ، أنت تعرفين .

ع : الشعور بالذنب ومتعلقاته ؟

س : لماذا لا أستطيع التحدث إليه ؟

ع : تستطيعين ولكن لا تستطيعين .

س : لا يمكن أن أثق فيه ، تعرفين . لا أعرف ، سوف يقف بجانب من ؟ لم أكن متأكدة من أنه سوف يقف بجانبى ؛ لأن مارك أيضاً كان شخصاً مهما جداً فى حياته .

ع : حسن ، من الصعب أن أقول . كان عليه أن يقاوم فى هذا الشأن ، ولكن هذه هى مقاومته ، ليست مقاومتك .

س : أريد التحدث إليه .

وعندما سألت المعالجة سندى عن علاقتها بأبيها . وبالتحدث عن هذا الموضوع ، أصبح واضحاً للمعالجة أن سندى لا تزال تحمى والدها ، فى هذه المرة لأنه يعانى من اضطراب الضغوط التالية للصدمة منذ فيتنام . واقترحت المعالجة على سندى أن تفسح المجال لوالدها ليرعاها ، أفضل من أن ترعى والدها. عند هذه النقطة قدمت المعالجة مجموعة من مقاييس القوة/التحكم . واطلعنا على هذه المقاييس، وتوقعت المعالجة أن سندى كانت خارج نطاق التحكم فى السنة التالية للاغتصاب ، ووافقت سندى على أن كل شىء كان يبدو فى حالة يتعذر معها السيطرة عليه حينئذ . وتحدثنا أيضاً حول ، كيف حاولت ولا تزال تحاول التحكم فى المعلومات كطريقة لحماية الناس ، وأعطيت سندى واجبا منزليا آخر ، لاستكمال أوراق العمل حول المعتقدات المتحدية ، وهذه المرة عن القوة/التحكم .

الجلسة العاشرة :

بدأت سندى الجلسة بالقول بأنها كتبت خطاباً لأخيها وتظن أنها من المحتمل ألا ترسله . قرأت الخطاب بصوت مرتفع ، وعبرت فيه عن اهتمامها بأن أخاها سوف يتألم ، وربما لا يصدق ما قد حدث . ووصفت الأحداث بصفة عامة وعبرت عن مشاعرها إزاء الأحداث .

وذكرت سندى أنها قرأت نماذج قياس القوة/التحكم أكثر من مرة منذ الجلسة السابعة ، وأنها بدأت تتأكد من أنها ليست مسئولة عن ردود فعل أخيها . وقالت إنها شعرت ببعض الراحة لخروجها عن نطاق هذا العبء . وقالت إن هناك تغيراً فى نظرتها الشاملة للأمور . وتأكدت من أنها كانت كثيراً ما تستخدم كلمات «يجب» مثل «يجب أن يكون لدى تحكم» وأطلعت المعالجة وسندى على آخر ورقة عمل لها ، الموضحة فى شكلى (٧-٢) ، ووصفت سندى كيف أن اعتقادها فى خداع الذات (عندى تحكم ولكن لا يفعل أى شىء) قد أدى إلى مشاكل مع تقدير الذات الأمر نفسه فى اعتقادها أنها كانت غير قادرة على اتخاذ قرار جيد ، والإحساس بالعجز الذى جاء بعد الاغتصاب . وأن الانسياب الطبيعى فى الموضوعات بين مشاعر العجز وتقييم الذات ، عمل كسياق مثالى للموضوع التالى : التقدير .

وأعطت المعالجة سندى قائمة بالافتراضات العامة (انظر جدول ٢ - ٢) وطلبت منها أن تضع لنفسها علامة تدل على مراجعة لكل عبارة اعتقدت أنها

صحيحة . ولحسن الحظ ، وضعت سندى علامة على عدد قليل فقط من العبارات فى مجال التحكم والقدرة . واعترفت سندى أن «الشيء المنجز» أصبح كبيراً فى تقديرها ؛ لأنه ذهب إلى الأكاديمية بمنحه لمدة ٤ سنوات ، فى حين أنها ذهبت فقط إلى مدرسة إدارة الأعمال .

وبعد مراجعة نموذج قياس التقدير ، طلبت المعالجة من سندى إكمال ورقة عمل المعتقدات المتحدية على أى بند من بنود ورقة الافتراضات ، التى تشعر أنها لا تزال صعبة ، تماماً مثل أى نقاط صعبة تتعلق بالتقدير . وأعطيت أيضاً واجبين آخرين : التدريب على تقديم وتلقى الإطراء كل يوم ، وأن تفعل شيئاً واحداً حسناً لنفسها كل يوم . هذه الواجبات كانت لمساعدتها فيما يتعلق بتقديرها لذاتها .

عمود أ	عمود ب	عمود جـ	عمود د	عمود هـ	عمود و
الموقف	الأفكار التلقائية	تحدي أفكارك التلقائية	أنماط التفكير الخاطيء	الأفكار البديلة	التقليل من تضخيم المأساة
صف الحدث أو الأحداث ، الأفكار أو المعتقدات ، التي تؤدي إلى الانفعالات غير السارة .	اكتب الأفكار التلقائية ، التي تسبق المشاعر في عمود أ رتب المعتقدات التي في كل الأفكار التلقائية التالية من صفر إلي ١٠٠٪ :	استخدم ورقة الأسئلة المتحدية ليتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب لم يكن لدي سيطرة .	استخدم ورقة أنماط التفكير الخاطيء ؛ لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	ما الذي استطيع أن أقول أيضاً بدلاً مما في عمود ب ؟ كيف أستطيع أيضاً أن أفسر الحدث بدلاً من عمود ب ؟ رتب المعتقد في الأفكار البديلة من صفر إلي ١٠٠٪ .	ما أسوأ الأفكار التي تحدث في الواقع ؟ المشاعر التي أخدع بها نفسي .

يتبع ←

عمود أ	عمود ب	عمود جـ	عمود د	عمود هـ	عمود و
مشاعر خداع الذات لكوني قد اغتصبت **الانفعالات** : حدد : حزن غضب .. إلخ، ورتب الدرجة التي تشعر بها كل انفعال من صفر – ١٠٠٪ . غضب : ٨٥٪ حزن : ١٥٪ .	يجب أن يكون لديّ سيطرة، يجب أن أكون قد إزددت سيطرة (تحكم ولا أدعها تستمر لمدة خمسة أسابيع ٩٠٪ .	كان مارك يتحكم في الاغتصاب ، أنا كنت أتحكم فيمن أخبره . لم أكن مسيطرة تماماً علي معرفة الناس أم لا . مارك كان لديه القوة ليخبر الناس، وحتي يكذب في الموضوع. لا أستطيع التحكم في كل الأحداث خارج نفسي ولكن لدي بعض السيطرة علي ما حدث لي ورد فعلي للأحداث .	الخلاصة : يجب أن يكون لدي سيطرة ، دون اعتبار لبعض الجوانب المهمة، ليس لي سيطرة علي الناس . لديّ بعض السيطرة بألا أخبرهم ، ولكن لم يكن لديّ سيطرة كاملة ، أنا كنت مصدومة	لم أكن أخدع نفسي ، مارك خدعني، لم أدعه يغتصبني بأي حالة .. بالسيطرة التي كنت أملكها علي الخيارات التي كانت متوفرة . في ذلك الوقت : لم أخدع نفسي أخذت المسار ، الذي كان مؤلما جدا وكنت وحيدة، ولكن حميت ذاتي الداخلية ، ربما من إحساس عظيم من الحب لنفسي ٩٥٪ .	حتي لو حدث ذلك ما الذي أستطيع عمله؟ أعيد تقييم الموقف احصل علي المساعدة إذا احتجتها ، تذكر من أنا، ومن أين أتيت ، أقرأ **النتيجة** : أعد ترتيب المعتقدات في الأفكار التلقائية في عمود ب من صفر إلي ١٠٠٪ . حدد ورتب الانفعالات التالية من صفر إلي ١٠٠٪ : غضب : ٣٪ حزن : ٧٪ تصميم ٩٠٪

شكل : (٧ – ٢) ورقة عمل المعتقدات المتحدية الرابعة .

الجلسة الحادية عشرة :

أكملت سندى ورقة عمل عن تقدير الذات ، ولكنها قال إنها كانت عن ما اعتادت أن تشعر من قبل ؟ وليس كيف تشعر الآن . وأقرت أنها لا تشعر بصعوبة في موضوع التقدير . وراجعت المعالجة وسندى البنود التى وضعت دائرة حولها من ورقة الافتراضات ؛ لتتأكد من أنها لم تعد تضع توقعات مبالغاً فيها لنفسها . وقالت سندى إنها ، حقيقة ، لم تعد تشعر بصعوبة فى أى من مشاعرها الآن . وقضت المعالجة وسندى بعض الوقت فى التحدث حول زعمها السابق أننا نحكم على الناس بأنهم سيئون ، إذا حصلوا على نقود أو نجاح مهنى . وإنها أصبحت قادرة على أن ترى أن الناس أكثر كثيراً من مجرد إنجازاتهم المهنية ، فلديهم أيضاً أنشطة أخرى ، وعلاقات مع أسرهم وأصدقائهم وأنفسهم .

وسألت المعالجة عن تقديم وتلقى الإطراء ، وأجابت سندى أن الموضوع يسير سيراً حسناً ، وحاولت أن تجعل نفسها منفتحة على الناس ، ولكنها شعرت بأن الأمر يحتاج لقدر من اللباقة ، ولكن النتائج كانت حسنة . وقالت إنها لا تتحدث عادة إلى الناس علانية ، ولكنها بذلت جهداً لتتحدث إلى الناس فى متجر البقالة . وكان البائع مسرورا جداً أن جذب انتباهها إلى موقف للسيارات ، وجرى نحوها وحدثها عن مجموعة كتبه الفكاهية . ووجدت أيضاً أنها كانت قادرة على إرضاء إحدى قريباتها ، التى تنزع إلى الانتقاد عادة ، فى تجمع عائلى بإطرائها . وسأل المعالج سندى عما إذا كانت قد تلقت أى إطراءات ، أجابت سندى بأنها تلقت إطراءا من زوجها . هذه المرة وأنها لم تهمله ، ولكنها أنصتت له وشكرت زوجها عليه .

وقالت المعالجة لسندى إنها كان قد طلب منها أن تفعل أشياء حسنة لنفسها لأن النساء غالباً ما يعتنون بأنفسهن فقط بعد أن يعتنى بهم الأفراد الآخرين ، وعندما يشعرون فقط أنهن يستحققن ذلك ، وهو ما يعنى أنهن لن يفضلن على الاطلاق . وقالت سندى إنها اتبعت تعليمات الواجبات المنزلية واستمتعت بها حقاً ، ووجدت أنها تؤدى إلى الاسترخاء ولاحظت أن مزاجها قد تحسن ، ويظهر فى الشكل (٩ – ٢) قائمة بالإطراءات والأنشطة .

وبعد مناقشة تقدير الذات ، ناقشت المعالجة والعميلة تقديرها للآخرين – واعترفت سندى أن هذا التقدير كان مشكلة كبرى بالنسبة لها قبل العلاج ، فقد كان يسيطر عليها الاعتقاد بأن الناس سيئون حقودون ، أو أشرار . ولكنها تبينت تعلقه

إلى حد كبير بمحتوى نماذج قياس التقدير ، وقد شعرت أن ذلك كان فى الماضى. وقد ركزت عليه كثيراً فى العلاج حتى إنها غيرت هذا الاعتقاد بدرجة كبيرة . وتأكدت سندى من قدر ما أصدرته من أفكار منمطة حول هذه القضية إلى حد ما، وانتقلت المعالجة لتقديم نموذج القياس الأخير ، حول المودة .

عمود أ	عمود ب	عمود جـ	عمود د	عمود هـ	عمود و
الموقف	الأفكار التلقائية	تحدي أفكارك التلقائية	أنماط التفكير الخاطيء	الأفكار البديلة	التقليل من تضخيم المأساة
صف الحدث أو الأحداث ، أو الأفكار أو المعتقدات ، التي تؤدي إلى الانفعالات غير السارة .	أكتب الأفكار التلقائية ، التي تسبق الانفعالات في عمود أ رتب المعتقدات التي في كل فكرة تلقائية تالية من صفر إلي ١٠٠٪	استخدم ورقة الأسئلة المتحدية ؛ لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	استخدم ورقة أنماط التفكير الخاطيء لتفحص أفكارك التلقائية من عمود ب	أي شيء آخر يمكن أن أقوله بدلاً مما في عمود ب . بأي شيء آخر يمكن أن أفسر الحدث بدلاً مما في عمود ب ؟ رتب المعتقد في الأفكار البديلة من صفر إلي ١٠٠٪	ما أسوأ الأفكار التي يمكن أن تتحقق في الواقع ؟

يتبع ←

عمود أ	عمود ب	عمود جـ	عمود د	عمود هـ	عمود و
عدم القدرة علي اتخاذ قرارات **الانفعالات:** حدد : حزن غضب .. إلخ، ورتب الدرجة التي تشعر بها في كل انفعال من صفر – ١٠٠٪ غضب : ٨٥٪ حزن : ١٥٪	أنظر إلي ما الذي تركته يحدث لي في الماضي ٨٥٪	لقد قمت باتخاذ قرار حكيم جداً في الماضي «إن نتائج كل القرارات الكبري ، التي اتخذتها وضعتني في المكان الذي أنا فيه الآن .	بالتغاضي عن الجوانب الهامة للموقف حتي كوني قد اغتضبت فقد اتخذت قرارات عن كيف أعالج الموقف . كانت قراراتي في الماضي سديدة علي الرغم من أنني لم أكن أعرف في ذلك الوقت .	عند إعادة تقييم الاختيارات التي قمت بها ، جعلتني اكتسب إحساساً أقوي باحترامي لنفسي ، وإحساساً عميقاً باحترام قدرتي علي اتخاذ قرارات سديدة . هذا بدوره ، جعلنى أشعر بأنني أكثر أمناً مع أحكامي .	حتي إذا كان قد حدث ذلك، ما الذي يمكن أن أفعله ؟ أعد تقييم الموقف وتعلم منه . النتائج : أعد ترتيب المعتقدات في الأفكار التلقائية في عمود ب من صفر إلي ١٠٠٪ حدد، ثم رتب الانفعالات من صفر – ١٠٠٪ حزن : صفر٪ غضب : صفر٪ سعادة : ٧٥٪ سرور : ٢٥٪

شكل : (٨ – ٢) : ورقة العمل الخامسة عن تحدى المعتقدات .

فيما يلى المعتقدات التى لدى بعض الناس ، رجاء وضع دائرة حول الرقم بجوار المعتقدات التى ترين أنها صحيحة بالنسبة لك :

أ – التقـــبل :

١ – يجب أن يعتنى بى شخص ما ويحبنى .

٢ – أنا فى حاجة لأن يفهمنى الآخرون .

٣ – لا أستطيع أن أترك وحدى .

٤ – أنا لا شىء ما لم أحَب .

٥ – أن أرفُض . هذا هو أسوأ شىء في العالم .

٦ – لا أستطيع جعل الآخرين شغوفين بى .

٧ – على أن أرضى الآخرين .

٨ – لا أستطيع أن أقف معزولة عن الآخرين .

٩ – النقد يعنى رفضاً شخصياً .

١٠ – لا أستطيع أن أكون بمفردى .

ب – الكفاءة :

١ – أنا هو ما أنجز .

٢ – علىّ أن أكون شخصاً ذا شأن .

٣ – النجاح هو كل شىء .

٤ – هناك أناس يكسبون وآخرون يخسرون فى الحياة .

٥ – إذا لم أكن على القمة ، سأكون فاشلاً .

٦ – إذا توقفت سوف أسقط .

٧ – علىّ أن أكون الأفضل فى أى شىء أفعله .

٨ – نجاح الآخرين ينقص من نجاحى .

٩ – اذا ارتكبت خطأ فسوف أسقط .

١٠ - الفشل هو نهاية العالم .

جـ - التحكم :

١ - على أن أكون رئيس نفسى .

٢ - أنا الشخص الوحيد الذى يمكن أن يحل مشاكلى .

٣ - لا أستطيع تحمل الآخرين عندما يخبروننى ماذا أفعل ؟

٤ - لا أستطيع طلب المساعدة .

٥ - يحاول الآخرون دائماً أن يسيطروا علىّ .

٦ - علىّ أن أكون كاملاً لكى يكون لدىّ السيطرة .

٧ - إما أن أتحكم فى نفسى تماما ، أو أن أكون منفلتاً .

٨ - لا أستطيع تحمل أن أكون منفلتاً .

٩ - القواعد والنظم تسجننى .

١٠ - إذا تركت شخصاً ما لأن يصبح قريباً منى جداً ، فإنه سوف يسيطر علىّ .

جدول (٢ - ٢) : قائمة تحديد الافتراضات .

المعالجة : أظن هذه ، ورقة مشوقة ، ذكرتها لك فى البداية بسبب الحشيش . فتهدئة الذات هى القدرة على أن تهدئى نفسك عندما تشعرين بانفعالات حادة ، إنها القدرة على الضبط دون أن يكون عليك أن تفعلى شيئاً خارجياً . ولذلك فالأطفال الصغار لا يستطيعون ضبط سلوكهم . فقد ترينهم ، فى دقيقة يصرخون ، وفى الدقيقة التالية يضحكون . ثم بعد ذلك يبكون مرة ثانية ، وانفعالاتهم مجرد .

س : نعم . فوق .. تحت .

ع : وعندما يصبحون أكبر عمراً سوف يتعلمون كيف يكبحون انفعالاتهم بدرجة أكبر ، ويعدلونها ، ليكون لديهم بعض التحكم فيها ؛ ليعبرون عنها أو لا يعبرون ، بما يتطلبه الموقف . فعندما تحدث الانفعالات وتكون حادة جداً ولا تعرفين ماذا تفعلين معها ، ربما تميلين إلى الذهاب إلى أبعد مدى، أو أحياناً يعرف الناس كيف يقومون بالأمور . ونرى هذا أحياناً مع الناس

مفرطى البدانة . فعندما كانوا أطفالاً رضعاً كانوا عندما يبكون يضع شخص ما شيئاً فى فمهم ، وقد يتعلموا أن طريقة تهدئة أنفسهم هى وضع شىء فى فمهم ، ولذلك عندما ينزعجون من بعض الأشياء يحركون مقعدهم ، حتى يصلوا إلى الثلاجة ويظلون هناك . أو قد يصبح هناك نوع آخر من الأشياء الخارجية مثل الكحول ، أو يستمرون فى اللهو الصاخب . كل هذه الأشياء فى النهاية تصبح إدماناً لأنك لست أنت التى تتحكمى فى أمورك الخاصة ، إنها أشياء خارجية تجلب الراحة ، وطبعا لا تدوم طويلا ، ولذلك تظلين فى حاجة إليها أكثر وأكثر .

س : إنها يمكن أن تدفعك إلى الوراء ، كما تعرف ، حتى لمجرد ...

ع : حسناً ، ويمكن أن تسبب مجموعة كاملة من المشاكل المختلفة ، يمكن أن تصبحى مدمنة على الكحول ، الآن ليس عندك عكاز خارجى ، فعندك إدمان على الكحول . وبذلك يصبح ذلك مصدراً للحظ العاثر المضاعف ، وهو أمر خطير . وينتهى الأمر بك إلى أن تصبحى مدينة بقدر كبير من المال ، إذا واصلت الإنفاق على هذا الإدمان . ومن الصعب أن نرتب تلك السنادات الخارجية بانتظام ولدى انطباع أنك كنتِ تستخدمين الحشيش فى البداية إلى حد ما ، لذلك كنتِ فى حاجة ...

س : نعم ، بنفسى ....

استخدم أوراق العمل لتواجه النقاط الصعبة التى تتعلق بتقدير الذات وتقدير الآخرين ، تأكد من أنك فحصت البنود التى راجعتها فى قائمة تحديد الافتراضات لكى تحدد النقاط الصعبة ، التى تتعلق بالتقدير والكفاءة . أكمل أوراق العمل الخاصة ببعض المعتقدات الأكثر صعوبة .

بالإضافة إلى أوراق العمل تدرب على إعطاء وتلقى الاطراءات أثناء الأسبوع ، وافعل على الأقل شيئاً واحداً حسناً لنفسك كل يوم (حتى دون أن تستحقه) . اكتب على هذه الورقة ما الذى فعلته لنفسك ، ومن الذى أثنيت عليه ؟

الثناء على	النشاط
سيدة في طابور عند البقال .	الخميس : ساعتان في القراءة
أمي اشترت ملابس داخلية	الجمعة : بعد الظهر لنفسي
جيم (الزوج) على مساعدته وجاذبيته	السبت : شاهدت فيلماً
جيم والعمة التي دائماً ما تكون مليئة بالكراهية ، وتهكمية .	الأحد : ————
عامل مساعد في محل البقالة .	الأثنين : شاهدت فيلماً وحدى

شكل (٩ – ٣) : الواجب المنزلي العاشر .

ع : ولم يكن بسبب شيء تفعلينه للاستمتاع من وقت لآخر ، إنه كان بسبب أنك كنت منزعجة ، وتحاولين تهدئة نفسك .

س : (إيماءات) علامة الموافقة .

ع : أيضاً لديّ انطباع ، لم نتحدث عنه كثيراً ، أن ذلك شيء تم التخلي عنه .

س : نعم ، نعم ، إنه حقا أصبح أقل حدة ، أنا أريده للتهدئة ، عندما أحصل عليه أقوم بعمل ما هو مطلوب مني وأجلس في استرخاء ؛ أعني أنه عمل مثل الحصول على كأس من الخمر ، أو شرب كوب صغير من البيرة ، وسيكون الأمر حسناً . ولكن أظن أن الأمر أصبح أقل الآن ، وأشعر الآن أني أرغب في تدخين السجائر . ولكن أظن أنني كنت أريد أن أدخن لأنه حينئذ لم يكن أحد يفعل ذلك ، وكانت شيئا مختلفا ، و «أنا لست مثلك، أنا مختلفة عنك» .

ع : وهل كنت تستخدمينها كطريقة ، عندما تكونين قلقة ، لتهدئي نفسك ؟

س : نعم ، أوه ، نعم .

ع : ربما يكون هذا أحد الموضوعات التي لازلت في حاجة للتركيز عليها ، وواحد من الأشياء التي تلاحظينها عندما تفعلينها . وهل هناك شيء آخر

يمكنك أن تفعليه ؟ قبل أن تفعلى ذلك بتلقائية ، هل هناك طريقة أخرى عليك أن تهدئى نفسك بها ، تهدئين نفسك داخلياً ، قبل أن تفعلى شيئاً خارجياً ؟ وقد تعلمت هنا ، ان هذا ما نفعله هنا ان نتعلم طرقا للعمل .

س : أظن ذلك ، نعم .

ع : لأنك تستطيعين تحليل ما الذى يحدث ؛ حينئذ عندما تشعرين به تعرفين أنه لن يجعل الأشياء أسوأ فأسوأ ، ولكن شعورك بها يصبح أقل .

س : عادة في الوقت الذى أصل فيه إلى هذه النقطة ، أكون فعلاً قد ابتعدت عن ذروة النشوة .

ع : إنه نوع من دعيها تختفى ، ولكن الجزء الآخر من هذه الأشياء هو كيف ننظر إلى الأشياء ، ونقول : «حسناً» . توقف لمدة ثانية ، ما الدليل على هذا» ؟

س : نعم ، ذلك هو ما أعنيه ، انت فى قمة النشوة ، «انتظر دقيقة» .

ع : وحينئذ ستتأكدين ما إذا كان الأمر يقوم على شيء ما غير منطقى . وأوقات أخرى تكون الانفعالات منطقية تماماً . فإذا أوذيت فإنه من المنطقى تماماً أن تشعرى بالحزن أو الغضب ، إذا ما آذاك شخص عن قصد ، فإنه من المقبول أن تشعرى بالغضب ، وإذا فقدت شيئاً فستشعرين بالحزن ، إنك لا تريدين عدم الشعور بهذه المشاعر ؛ لأنها جزء من ماذا تكون الخبرة ؟

س : نعم .

ع : وأظن أحياناً أن وسائل تهدئة الذات تظهر عندما تشعرين أنه ليس من المفروض أن تشعرى بمثل تلك المشاعر ، لقد استوعبت الكثير مما بدأت تشعرين أنه سوف يغمرك .

س : نعم ، أو أنها فعلاً فعلت ذلك . لذلك أريد أن أخرجها من عقلى ، لقد تعبت من التفكير فيها .

ع : اذن فهناك أمل. مجرد أن ننتهى من هنا ، سوف تذهبين إلى نوع من العود إلى سجل نظيف . ولذلك ، إذا انفعلت يمكنك أن تشعرى بهذا الانفعال وتتعاملى معه فى الوقت نفسه ، وبذلك لن يتراكم ، ولن تقولى : «إذا شعرت به ، سوف أغرق» .

س : نعم .

ع : وهكذا ، وعندئذ لن تحتاجى إلى وسائل خارجية كثيره ؛ لأنها ليست شيئاً ساحقاً ، وضخماً ، إنها ...

س : أنا لست قلقة إلى هذا الحد .

ع : أيضاً ، أظن أنه بمعرفتك أنك تستطيعين التغلب عليها ، فإن ذلك يعطينا الأمل ، أنه عندما تأتى أزمة فى المستقبل ، يمكنك القول :"هناك بعض ما يمكن عمله ، وأستطيع التغلب على هذا" .

س : حسناً ، أنا حقيقة أعتقد ذلك ، لأننى ... كان هذا شيئاً حقيقياً ... لقد أدهشنى مقدار تأثيره على حياتى . وتفكيرى ... كم أثر حقّاً فى حياتى ، كما تعرفين ، وتحملته لمدة طويلة .

واستمرت المعالجة والعميلة فى مناقشة المودة مع الآخرين ، وهو الموضوع الذى كان قد قدم فى وقت سابق فى سياق الثقة . وعلى الرغم من أن سندى لا تشعر بصعوبة فى هذا الموضوع ، قررت المعالجة أن هدفه بالنسبة لسندى هو أن تبدأ فى أن تنفتح ، وتنتهز الفرص مع الناس الآخرين ، فى العمل ، ومع الجيران وأثناء أنشطة أطفالها المدرسية . وأشارت المعالجة إلى أن هذين النموذجين يستغرقان وقتاً طويلاً ، والهدف هو تحديد أية نقاط صعبة متبقية ، ولوضع أهداف طويلة المدى . وكانت الواجبات المنزلية للجلسة النهائية أن تهتم بنموذج المودة (مع ورق العمل) ، وتعيد كتابة واجب معنى الحدث الذى كتبته سندى فى الجلسة الأولى .

الجلسة الثانية عشرة :

بدأت المعالجة – كالعادة – بالسؤال : كيف كان الواجب المنزلى ، وناقشت سندى ردود فعلها لنموذج القياس وكيف كان يرتبط بخبرتها . وتحدثت عن محاولة ملء المشاعر عديمة الجدوى بأشياء ، وسألها المعالج عما إذا كان لديها أى نقاط صعبة متبقية ، أجابت سندى أنها لم تكن نقاطاً صعبة ، ولكن أهدافاً تسعى نحوها ، وأن لديها فكرة أوضح عن : إلى أين تتجه الآن ؟ وفيما يتعلق بالمودة مع الآخرين ، وتدرك سندى أن هذا الموضوع سوف يستغرق بعض الوقت، ولاحظت أنه فى الوقت الذى اغتصبت فيه ، لم تكن لديها أبداً خبرة سابقة بعلاقة حميمة حقيقية ، وأضافت أيضاً أنها فكرت أنه كان مهما أن لا تشعر بالعار أنها قد اغتصبت.

وتحدثت المعالجة بصفة عامة عن الصداقة ، وذكّرت سندى بأن العلاقة تكون بين شخصين ، ولهذا فقد لا تنجح دائماً ، وقد تحتاج لأن تحاول مرة أخرى. وذكرّت المعالجة سندى أيضا أن نوع الشخص الآخر لا ينعكس عليها ، وعندئذ سألت المعالجة سندى أن تقرأ ما كتبته عن معنى الحدث بالنسبة لها ، وكتبت سندى :

لقد أثر الاغتصاب بعمق فيّ فلقد تأثرت أفكارى ، وأرائى ، ومشاعرى، ولا أستطيع تغيير هذا ولا أرغب أيضاً . وأدرك الآن الحاجة إلى التوازن ، وأن أضع الاغتصاب فى منظوره الصحيح وفقاً لموقعه النسبى بالنسبة لى . إنه كان أحد أجزاء حياتى ، فأنا هو أنا اليوم ، بسبب ذلك الجزء من حياتى ، أنا فخورة بمن أكون اليوم.

حينما اغتصبنى مارك كنت محطمة من الداخل . لقد استغرقت ١٠ سنوات حتى التقط القطع المتناثرة واجمع شتات نفسى ، واكتملت بقية الجوانب تلقائيا . إنها تساعد فى معرفة ما الصورة الآن إنها أنا ، وما أنا عليه إنها صورة جميلة .

ولأننى كنت فى عمر ١٥ سنة وكنت لازلت أنمو فى ذلك، فقدت إحساسى بالذات ، وأشعر الآن كما لو كنت بلا إحساس بمن أنا ، أظن أن ذلك هو سبب أننى كنت حزينة وسبب الشعور بالوحدة فى داخلى .

أشعر بأننى قوية جدا ، ولدىّ روح قوية جدا ، وإذا وثقت فى نفسى أستطيع عمل أى شىء ، لا يزال لدى شعور بأننى سوف أحقق الكثير من أهدافى . وفى الحقيقة كان يقال عنى إننى قوية ، لا أعرف أين ولكن يمكننى الشعور بذلك . إن الجانب الروحى فيّ تقريباً يضطرب أحياناً ، إن هذا الأمر يخيفنى ، منذ أن انفتحت على الناس أشرق ما بداخل روحى ، وأحلامى تشير إلى ذلك دائماً ، وتتبدى الرمزية فى كل مكان ، لدى شعور عظيم بالراحة . وجزء من كل هذا هو الفتاة التى اغتصبت ، أسيىء إليها ، وتم التلاعب بها ، لن أنسى أبداً ، ولكن لن أدع ذلك يدمرنى ، تلك الفتاة لا تزال حية ، قامت بعمل جيد فى الحقيقة . لا أعرف ما إذا كان هنالك شىء ما يمكن أن يكون صادقاً مثل أن تكون الفتاة قد اغتصبت ، آمل أن تتغير نظرتى للحياة ، إن أسوأ شىء يمكن أن يحدث ، هو أن أفقد إحساسى بالذات مرة أخرى .

لا أعتقد أنه يمكن أن أترك ذلك يحدث ثانية ، لم أرغب أبدا أن أصل إلى هذا العمق من الجحيم من جديد .

أعتقد أن مارك قد اغتصبنى ولم أكن أتحكم فى الموقف ، مارك هو الذى كان يتحكم ، أنا كنت فى صدمة ، لم أتركه يغتصبنى ، لم أتركه يسيىء إلى ، ليس لدى شيىء أشعر بالخجل نحوه ، لقد كان مسئولاً عن اغتصابى ، لم أكن مسئولة عن أننى قد اغتصبت . لقد تعلمت الكثير أثناء الإرشاد ، فى البداية ، عرفت ما يمكن أن يساعدنى ، عرفت أن الأمر يحتاج إلى حدوث تغيير . كان علىّ أن أواجه الشيطان الذى فى رأسى ، لقد استمر الاغتصاب انفعاليا لعدة سنوات ، كنت على أمل أن الإرشاد سوف يظهر كل شيء ، ولقد حدث ؛ وكنت على أمل أن أجد تلك الأجزاء المفقودة ، ولقد وجدتها .

ولقد كان أمراً عسيراً للغاية أن أبوح بسرى الداخلى ، الأعمق والأظلم ، برغم أنه كان يدمرنى . وبالمساعدة الصادقة ، أخرجت ذلك السر الشرير إلى العلن وواجهته مباشرة . وشكراً لك ، لا أستطيع أن أفعل ذلك بمفردى ، لقد ساعدتنى لأننى أطلعتك على ما بداخلى ، وكنت أول شخص أثق فيه ، لقد ساعدتنى على تحطيم الجليد .

كانت سندى على وشك البكاء ، عندما انتهت من القراءة ، وسألت المعالجة عما إذا كانت تتذكر ما كتبته أول مرة ، قالت سندى : لا ، فقرأت المعالجة لها واجبها الأول . وضحكت سندى عند السطر الذى يقول معظم الناس جشعون ، حثاله ، يعتقدون أنهم أقوم أخلاقيا من الآخرين . أشارت المعالجة إلى أن سندى سارت فى طريق طويل ووافقت سندى . وكانت سندى مندهشة أيضاً أن ترى أول أوراق أ ب جـ كتبتها . استعرضت المعالجة وسندى كل عملية العلاج ، ما ناقشناه ، والنقاط الصعبة التى تحدتها سندى . كما أشارت سندى إلى أن أنماط التفكير الخاطىء من السهل تعرفها حقيقة بمجرد أن تعرف مغزاها ، وأنهت حديثها بالحديث عن أهدافها فى تحسين علاقتها بأخيها ووالدها . وقالت إن الشيء الوحيد الذى يعرفه أبوها عنه هوا عن طريق طرف ثالث ، وذلك من خلال أمها ، وأدركت سندى أنها لم تتصل به مباشرة .

المتابعة :

في الأسبوع التالي لانتهاء العلاج ، ذهبت - سندى إلى أخصائي نفسي إكلينيكي آخر لإجراء تقييم ما بعد العلاج ، وكانت النتيجة التي تظهر في جدول (٣ - ٢) ، فلم تعد لديها إضطرابات الضغوط التالية للصدمة ، أو اكتئاب وفق المقابلة الاكلينيكية المقننة المستمدة من الدليل التشخيصي الثالث المعدل . وظهر انخفاض في كل درجاتها . وتظهر درجات تقييم سندى للمتابعة بعد ثلاثة أشهر وبعد ستة أشهر في جدول (٣ - ٢) .

وبعد أسبوعين من إتمام العلاج ، اتصلت سندى هاتفياً بالمعالجة وذكرت لها أنها أخبرت أخاها بالاغتصاب ، وكما هو متوقع ، كان من الصعب على أخيها أن يسمع أن أفضل صديق له قد اغتصب أخته .

ولأن سندى أبعدت نفسها عن أخيها ، فإنه افترض أنها لامته بطريقة أو بأخرى على الاغتصاب ، أو لأنه لا يعرف . واتصل بها ثانية في اليوم التالي وناقشا الأمر بتفصيل أكثر . وكانت سندى مسرورة لأنها أخبرت أخاها ، ولذلك يمكن أن يتفهم لماذا هي أبعدت نفسها عنه . وأدركت أيضاً أن صراع أخيها كان خاصاً به وليس بها . وطلبت - من ناحية - ألا يهاتف مارك حتى تقرر ما إذا كانت تريد أن تتحدث معه أم لا . وقالت سندى إنها كانت تستخدم أوراق عمل لتصل من خلالها إلى قرار ما إذا كانت تتحدث مع مارك أم لا ، وماذا تتوقع ، وما العائد الممكن الذي ينبغي أن تحصل عليه .

المقياس	قبل العلاج	بعد العلاج	٣ أشهر	٦ أشهر
مقياس أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة	٣٤	٢	٥	٣
إعادة الخبرة	٦	١	٢	١
التجنب	١٤	١	٢	٢
الإثارة	٤٤	٠	١	٠
مقياس تأثير الأحداث	٦٥	١٦	١٨	١٧
الإقحام	٣٥	١٣	١٠	١٣
التجنب	٣٠	٣	٨	٤
اختبار بيك للاكتئاب	٣٦	٠	١	٤
مقياس قائمة الأعراض (SCl 90-R) الأعراض الجسمية	١,٦٧	٠,٤٢	٠,٢٥	٠٠,٢٥
وسواس قهري	٢,٤٠	٠,٧٠	٠,٢٠	٠,١٠
الحساسية للتفاعل مع الآخرين	٣,١١	٠,١١	٠,٢٢	٠,١١
الاكتئاب	٢,٣١	٠	٠,٢٣	٠,٣١
القلق	٢,٤٠	٠	٠,١٠	٠
العدوانية	٢,٠٠	–	٠,١٧	٠
قلق المخاوف	٠,٥٧	٠	٠	٠
أفكار هذائية	٢,٣٣	٠,٣٣	٠,٣٣	,٥٠
ذهانية	٢,٠٠	٠,٣٠	٠,١٠	٠,٢٠
اضطراب الضغوط التالية للصدمة	٢.٢٥	٠,٢٩	٠,١١	٠,١١

جدول (٣ – ٣) : يوضح درجات سندى قبل العلاج وبعده .

وبعد ثلاثة شهور من العلاج ، أتت سندى إلى المعالجة من أجل متابعة تقييم. وكانت مستمرة فى التحسن ومستمرة فى الحصول على درجات منخفضة ، فى جميع مقاييس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب . وبعد أسابيع قليلة من التقييم ، طلبت المعالجة من سندى أن تأتى لإجراء مقابلة للمتابعة ، وبصفة عامة ، أفادت سندى أنها كانت تتحسن بصورة جيدة وتنظر للحياة نظرة جديدة ، وتشعر بالحزن والأذى من وقت لآخر عندما تفكر فى مارك، وقالت : إنه من المحتمل أن يستغرق ذلك وقت أطول ؛ حتى تختفى هذه المشاعر كلية . وذكرت أن علاقتها بأخيها أصبحت متوترة إلى حد ما ؛ لأنه كان يدفعها لأن تواجه مارك على أمل أن يحلا الموضوع . ولم تستجب سندى لضغطه وكانت لا تزال تقلب الأمر ، وما إذا كانت تتحدث مع مارك أم لا . ولكنها قالت إن هذا لا يشغلها ، إنها ترغب فى أن تنتظر حتى تشعر أنها قوية وواثقة بما فيه الكفاية ، حتى تستطيع أن تتعامل مع أى رد فعل يصدر عن مارك . وكانت أمورها فى العمل تسير على ما يرام ، وتسير أمور سندى وزوجها والأطفال فى تحسن مستمر .

وذكرت سندى أن علاقتها بوالدها كانت تتحسن ببطء ، وعلى الرغم من أنهما لم يتحدثا عن الاغتصاب ، إلا أنهما كانا يقضيان وقتاً أطول معاً ويتحدثان عن عملها أو أخبار الأسر الأخرى ، وكانت صداقتها فى العمل تتحسن أيضاً ، وأصبح لها عدد من الأصدقاء المقربين وكانوا يخرجون معاً . وأفادت أنها لم تتحدث عن أمور سرية كثيرة حتى الآن لأنها حذرة ، ولكن سندى وصفت كل ما تكشف عنه ، ومجهوداتها فى الثقة فى الآخر تبدو كمن يتحسس طريقه بحذر . ومهما يكن من أمر ، فلقد كانت مسرورة بردود فعلهم لما كشفت عنه ، وشعرت أنهم كانوا أمناء وإيجابيين . وحاولت صديقتها السابقة أن تعيد العلاقة بينهما ، ولكن سندى أخبرتها فقط أنهما ليس لديهما ما يقوله كل للآخر ، وطلبت من الصديقة السابقة أن تظل بعيدة عنها . وعبرت سندى عن ارتياحها ؛ لأن هذا التأثير السلبى قد خرج من حياتها ، وكانت مسرورة لتعاملها مع أى اتصال هاتفى، فلم تعد تثور من المضايقات .

وفى النهاية ، سألت المعالجة عن رد فعل سندى للنجاح ، أو للناس الأقوياء الذين تقابلهم أو تراهم فى نشرة الأخبار . أجابت أنها عندما ترى الآخرين الجشعين ، لا تفكر بعمق فى الأمر بل ، تتعامل معه بلا مبالاة .

REFERENCES

Amercian Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and stattistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author .

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author .

American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3/1/93.* Washington, DC: Author.

Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy. L.M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D., & Keane, T. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1.*Behavior Therapist, 13,* 137 - 188.

Blanchard, E. B., & Abel, G. G. (1976). An expeimental case study of the biofeedback treatment of a rape induced psychophysiological cardiovascular disorder. *Behavior Therapy, 7,* 113 - 119.

Blanchard, E. B., Kolb, L. C., Gerardi, R., Ryan, P., & Pallmayer, T. P. (1986). Cardiac response to relevant stimtuli as an adjunctive tool for diagnosing post-traumatic stress desorder in combat veterans. *Behavior Therapy, 19,* 592 - 606.

Blanchard, E. B., Kolb, L. C., Pallmayer, T. P., & Gerardi, R. T. (1982). The development of psychophysiological assessment procedure for PTSD in Vietnam veterans. *Psychiatric Quarterly, 54,* 220 - 228.

Burnam, M. A., Stein, J. A., Golding, J. M., Siegel, J.M., Sorenson, S. B., Forsythe, A. B., & Telles, C. A. (1988). Sexual assault and mental disorders in a community population. *Journal of consulting and Clinical Psychology, 56,* 843 - 850.

Burt, M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology, 38,* 217 - 230.

Charney, D. S., Delgado, P. L., Price, L. H., & Heninger, G. R. (1991). The receptor sensitivity hypothesis of antidepressant function. A review of antidepressant effects on serotonin function. In S. Brown & H. van Praag (Eds.), *The role of serotonin in psychiatric disorders* (pp.27 - 57). New York: Brunner/Mazel.

Charney, D. S., Woods, S. W., Krystal, J. H., & Heninger, G. R. (1990). Neurobiological mechanisms of human anxiety. In R. Pohl &D. Gershon (Eds.), *Bases of psychiatric treatment* (pp. 242 - 283). New York: Karger.

Chemtob, C., Roitblat, H., Hamada, R., Carlson, J., & Twentyman, C. (1988). A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 2,* 253 - 275.

Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 453 - 459.

Denny, N., Robinowitz, R., & Penk, W. (1987). Conducting applied

research on Vietnam combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 43,* 56 - 66.

Derogatis, L. R. (1977). SCL-90-R *manual.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

DiNardo, P. A., & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R).* Albany, NY: Graywind Publications.

Elles, L. F., Black, L, D., & Resick, P. A. (1992). Cognitive-behavioral treament approaches for vectims of crime. In P. A. Keller & S. R. Heyman (Eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook* (pp. 23-38). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Fairbank, J. A., & Keane, T. M. (1982). Flooding for Combat-related stress disorders: Assessment of anxiety reduction across traumatic memories. *Behavior Therapy, 13,* 499-510.

Feldman-Summers, S., Gordon, P. E., & Meagher, J. R. (1979). The impact of rape on sexual satisfaction. *Journal fo Abnormal Psychology, 88,* 101 - 105.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99,* 20-35.

Foa, E B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1991). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*.

Foa, E. B., Steketee, G. S., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20,* 155 - 176.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Forman, B. D. (1982). Reported male rape . *Vectimology, 7,* 235-236.

Foy, D. W., Osato, S. S., Houskamp, B. M., & Neumann, D. A. (1992). Etiology of posttraumatic stress disorder. In P. A. Saigh (Ed.), *Posttraumatic stress disorder* (pp.28-49). New York : Macmillan.

Freud, S. (1964). Moses and monotheism. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 1-137). London: Hogarth Press. (Original work published 1937 - 1939)

Gershuny, B. S., Dancu, C. V., Hembru, E. A., & Foa, E. B. (1992, November). *Ways of coping with an assault: Effects on the development and severity of posttraumatic stress disorder.* Paper ;presented at the Association for the Advancement fo Behavior Therapy, Boston, MA.

Goyer, P., & Eddleman, H. (1984). Same-sex rape of nonincarcerated men. *American Journal of Psychiatry, 141,* 576 - 579.

Horowitz, M. (1976). *Stress re-*

sponse syndromes . New York: Aronson.

Horowitz, M. (1986). *Stress response syndromes* (2nd de.). New York: Aronson.

Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychological Medicine, 4,* 209-218.

Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 10,* 299-328.

Jones, J. C., &Barlow, D. H. (1992). A new model of posttraumatic stress disorder: Implications for the future. In P. A. Saigh (Ed.), *Posttraumatic stress disorder* (pp. 147-165). New York: Macmillan.

Kaszniak, A. W., Nussbaum, P. D., Berren, M. R., & Santiago, J. (1988). Amnesia as a consequence of male rape: A case report. *Journal of Abnormal Psychology, 97,* 100-104.

Kaufman, A., Divasto, P., Jackson, R., Voorhees, D., & Christy, J. (1980). Male rape victims: Noninstitutionalized assault. *American Journal of Psychiatry, 137,* 221-223.

Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). The Mississippi Scale for combat-related PTSD: Studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 85-90.

Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., & Bender, M. E. (1985). A behavioral appoach to treating posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake* (Vol. 1, pp. 257-294). New York: Brunner/Mazel.

Keane, T. M., Malloy, P. F., & Fairbank, J. A. (1984). The empirical development of an MMPI-subscale for the assessment of combat-related post-traumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 888-891.

Keane, T. M., Scott, W. O., Chavoya, G. A., Lamparsdki, D. M., Fairbank, J. A. (1985). Social support in Vietnam veterans: A comparative analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,* 95-102.

Keane, T. M., Wolfe, J., &Taylor. K. L. (1987). Posttraumtic stress disorder: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assesment. *Journal of Clinical Psychology, 43,* 32-43.

Keane, T. M., Zimering, R. T., & Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Therapist, 8,* 9-12.

Kilpatrick, D. G. (1983). Rape victims: Detection, assessment and treatment. *Clinical Psychologist, 36,* 92-95.

Kilpatrick, D. G. (1983). Rape aftermath symptom test. in M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.), *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp.366-367). New York : Pergamon Press.

Kilpatrick, D. G., & Amick, A. E. (1985). Rape trauma. In M. Hersen &C. Last (Eds.), *Behavior therapy casebook* (pp. 86-103). New York: Springer.

Kilpatrick, D. G., Best, C. L., Amick, A. E., & Veronen, L. J. (1984, November). *Psychophyisological assessment in the treatment of rape-induced anxiety.* Paper presented at the 18th Annual Convention of theAssociation for Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia, PA.

Kilpatrick, D.G., Edmunds, C. N., & Seymour, A. K. (1992). *Rape in America: A report to the nation.* Arlington, VA: National Victim Center.

Kilpatrick, D. G., & ;Veronen, L. J. (1983). Treatment of rape-related problems: Crisis intervention is not enough. In L. H. Cohen, W. L. Claiborn, & G. A. Specter (Eds.), *Crisis intervention* (pp. 165-185). New York: Human Sciences Press.

Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Resick, P. A. (1979). The aftermath of rape: Recent empirical findings. *American Journal of Orthopsychiatry, 49* (4), 658-669.

Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Resick, P. A. (1982). Psychological sequelae to rape. In D. M. Doleys, R. L. Meredith, & A. R. Ciminero (Eds.), *Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies* (pp. 473-498). New York: Plenum Press.

Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., Saunders, B. E., Best, C. L., Amick-McMullen, A. E., & Paduhovich, J. (1987, March). *The Psychologecal impact of Crime: A study of randomly surveyed crime victims* (Final report, Grant No. 84-IF-CX-0039). Washington, DC: National Institute of Justice.

Kolb, L. C. (1987). A neuropychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 144*, 989-995.

Koss, M. P., & Gidycz, C. A. (1985). sexual Experiences Survey: Reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 422-423.

Koss, M. P., & Harvey, M. (1991). *The rape vectim: Clinical and community approaches to treatment* (2nd de.). Lexington, MA: Stephen Greene Press.

Kozak, M. J., Foa, E. B., Rothbaum, B. o., & Murdock, T. (1988, September). *Psychophysiological responses of rape vicims during imagery of rape and neutral scenes.* Paper presented at World Congress of Behaviour Therapy, Edinburgh, Scotland.

Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. *Research in Psychotherapy, 3,* 9-102.

Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy, 8*, 862-886.

Lang P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology, 16*, 495-512.

Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety in A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety desorders* (pp. 131-170). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Litz, B. T. (1992). Emotional numbing in combat-related post-traumatic stress disorder: Acritical review and reformulation. *Clinical Psyology Review, 12,* 417-432.

Litz, B. T., Blake, D. D., Gerardi, R. G., & Keane, T. M. (1990). Decision-Making guidlines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of post-traumatic stress desorder. *Behavior Therapist, 13,* 91-93.

McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990a). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy and transformation.* New York: Brunner/Mazel.

McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990b). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3* (1), 131-149.

McCaugh, J. L. (1990). Significance and remembrance: The role of neuromodulatory systems. *Psychological Science, 1,* 15-25.

Meichenbaum, D. H. (1985). *Stress inoculation training.* New York: Pergamon Press.

Nagy, L. M., Blacke, D. D., Dan, E., Riney, S. J., Mangine, W., Southwick, S. M., Gusman, F. D., & Charney, D. S. (1992, October). *Clinician administered PTSD scale-weekly version (CAPS-2): Reliability, validity, and sensitivety to change.* Paper presinted at the Eighth Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Los Angeles, CA.

Pitman, R. K. Orr, S. P., Forgue, D. F., de Tong, J. B., & Claiborn, J. M. (1987). Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry, 44,* 970-975.

Resick, P. A. (1987). *Reactions of female and male victims of rape and robbery* (Final report, NIJ Grant No. MH37296). Washington, DC: National Institute of Justice.

Resick, P. A. (1992). Cognitive treatment of crime-related post-traumatic stress disorder. In R. Peters, R. McMahon, &V. Quinsey (Eds.), *Aggression and violence throughout the life span* (pp. 171-191). Newbury Park, CA: Sage.

Resick, P. A., Jordan, C. G., Girelli S. A., Hutter, C. H., & Marhoefer-Dvorak, S. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy, 19,* 385-401.

Resick, P. A., & Markaway, B. E. G. (1991). Clinical treatment of adult female victims of sexual assault. In C. R. Hollin & K. Howells (Eds.), *Clinical approaches to sex offenders and thieir victims* (pp. 261-284). New York: Wiley.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1990). Treating symptoms in adult victims of sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence, 5*, 488-506.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive Processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consuling and Clinical Psychology, 60*, 748-756.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (in press). *Cognitive processing therapy for rape victim: A treatment manual.* Newbury Park, CA: Sage.

Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., & Lipovsky, J. A. (1991). Assessment of rape-related posttraumatic stress disorder: Stressor and symptom dimensions. *Psychological Assessment, 3*, 561-572.

Robins, L. N., Helzer, J. D., Groughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). The National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General psychiatry, 38*, 381-389.

Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (1992). Exposure therapy for rape victims with posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist, 15*. 219-222.

Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). Aprospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Jotrnal of Traumatic Stress, 5*, 455-475.

Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Tidwell, R. P. (1989). Brief screening for lifetime history of criminal victimization at menal health intake. *Journal of Interpersonal Violence, 4*, 267-277.

Saunders, B. E., Mandoki, K. A., & Kilpatrick, D. G. (1990). Development of a crime-related posttraumatic stress desorder scale within the SCL-90-R. *Journal Traumatic Stress, 3*, 439-448.

Silverman, D. (1977). First do not more harm: Female rape vicitims and the male counselor. *American Journal of Orthopsychiatry, 47*, 91-96.

Solomon, S. D., Gerrity, E. T., & Muff, A. M. (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: An empirical review. *Journal of the American Medical Association, 268*, 633-638.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Gibbon, M. (1987). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Nonpatient version.* New York: State Psychiatric Institute.

Sutker, P. B., Uddo-Crance, M., & Allain, A. N. (1991). Clinical and research assessment of posttraumatic stress disorder: A conceptual overview. *Psychological Assessment, 3*, 520-530.

Van der Kolk, B., Boyd, H., Krystal, J., & Greenberg, M. (1984). Post-traumatic stress disorder as a biolgically based disorder: Implications of the animal model of inescapable shock. In B.

Van der Kolk (Ed.), *Post-traumatic stress disorder: Psychological and biological sequelae* (pp. 124-134). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Veronen, L. J., & Kilpatrick, D. G. (1980). Self-reported Fears of rape victims: A preliminary investigation. *Beavior Modification, 4,* 383-396.

Veronen, L. J., & Kilpatrick, D. G. (1983). Stress management for rape victims. In D. Meichenbaum & M. E. Jaremko (Eds.). *Stress reduction and prevention* (pp. 341-374). New York: Plinum Press.

Weathers, F. W., Blake, D. D., Krinsley, K. E. :Haddad, W., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1992a, October). *The clinician administered PTSD scale-diagnostic version (CAPS-1): Description, use and psychometric properties.* Paper presented at the Eighth Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Los Angeles, CA.

Weathers, F. W., Blake, D. D., Krinsley, K. D., Haddad, W. Huska, J. A., & Keane, T. M. (1992b, November). *The clinician administered PTSD scale: Reliability and construct validity.* Paper presented at the 26th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavioral Therapy, Boston, MA.

Wolfe, J., & Keane, T. M. (1990). The diagnostic validity of post-traumatic stress disorder. In M. Wolf & A. Mosnaim (Eds.), *Post-traumatic stress disorder: Etiology, Phenomenology, and treatment.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

الفصل الثالث

الرهاب والقلق الاجتماعى

الفصل الثالث

الرهاب والقلق الاجتماعي

ديبرا أ. هــــوب
Debra A. Hope
جامعة نبراسكا - لينكولن

ريتشارد ج. هيمبرج
Richard G. Heimberg
جامعة ولاية نيويورك - الباني

ترجمـــة

دكتور محمد نجيب أحمد الصبوة

قسم علم النفس جامعة القاهرة

إن بعض الأشخاص يكونون خجولين جدا ومحبطين إلى حد كبير ، ولهذا السبب ، فإن بعض الناس ينظرون إلى معاناتهم وشكواهم المرتبطة بالرهاب الاجتماعي(1) على أنها معاناة عادية ، وما هي - في الغالب - إلا سمة ما عامة تشيع بين الجمهور ، لدرجة أنها لا تتطلب أى نوع من العلاج الرسمي الشديد أو أى نوع من التدخل ، أو أى نوع من الأدوية الطبية النفسية أو حتى العلاجات النفسية . ولكن هذا الاعتقاد أبعد ما يكون عن الحقيقة ، لأن ٢٪ من الجمهور العام تقريبا يعانون من الرهاب الاجتماعي ، الذى يبدو في ظاهره عملية تفاعل اجتماعي بسيط بين الفرد والآخرين أو مجموعة من العلاقات الاجتماعية التي تسبب نوعاً من الرعب والفزع الشديد الذى يتم تجنبه في الغالب والأعم . ولذا فإن تأثير هذا الاضطراب على وظيفة الفرد ومهنته وعلى كيف حياته يمكن أن يكون تأثيرا مدمرا. ويعرض هذا الفصل لأكثر العلاجات شهرة وقوة في الوقت الحاضر، ألا وهو العلاج النفسي(2) للرهاب الاجتماعي . ولأن صدق الجيل الجديد من العلاجات

(1) social phobia .
(2) psychological treatment .

النفسية صدق يتزايد باستمرار ومع مرور الوقت ، فإن العلاج المعرفى – السلوكى الجماعى[1] قد أثبت بشكل جوهرى أنه شديد المصداقية فى علاجه للاضطرابات ذات الطبيعة النفسية ، وأن تأثيره عبر الزمن يتزايد باستمرار . ولذا فإن هذا العلاج يعد من أفضل العلاجات النفسية فى الجيل الجديد الذى يتصف بالقوة والنوعية والخصوصية .

د . هـ . ب

مقدمة :

إن فهمنا لطبيعة الرهاب الإجتماعى وعلاجه قد ازدادت رقعته تماما منذ إدراجه كفئة تشخيصية مستقلة ضمن الطبعة الثالثة من دليل الاضطرابات النفسية التشخيصى والإحصائى الصادر عام ١٩٨٠ عن رابطة الطب النفسى الأمريكية (DSM-III; American psychiatric Association [APAP], 1980) ، أى منذ عقدين من الزمن . ومنذ هذا التاريخ ، ينظر إلى الرهاب الاجتماعى على أنه حالة خاصة[2] من الرهاب البسيط المصحوب بمخاوف تتصل بموقف واحد أو اثنين ، ويصعب أن ينتج عنه أكثر من مجرد تدهور بسيط فى أداء الفرد لعمله وواجبه المهنى . ومع ما أشرنا إليه سابقا فى ملخص هذا الفصل ، فإن البحوث فى هذا المجال قد كشفت عن أن الرهاب الاجتماعى يمثل مشكلة صحية نفسية شديدة يمكن أن تسبب ضعفاً ووهناً قاسياً . وبعد مراجعة مختصرة لنتائج البحوث الوبائية وبحوث نتائج العلاجات النفسية ، سنناقش نتائج بحوث كفاءة العلاج بالتعرض المشترك[3] والعلاجات المعرفية . وسنلقى الضوء بعد ذلك – وعبر هذا الفصل – على نموذجين نظريين للرهاب والقلق الإجتماعى . وسيركز كل نموذج على جانب مختلف من جوانب القلق الاجتماعى . ومن ثم فإن هدفنا مؤداه أن نمد القارئ المتخصص بخلفية عامة تيسر عليه فهم استراتيجيات العلاج التى سنناقشها فى بقية أجزاء هذا الفصل . إن معظم أجزاء هذا الفصل ستركز على المنحى العلاجى المعروف باسم العلاج المعرفى – السلوكى الجماعى بصفة خاصة مع عرض تفصيلى لإحدى الحالات التى تم علاجها به .

(1) Cognitive - behavoiral group therapy .
(2) special case .
(3) combined exposure .

التشخيص ونسب الانتشار والأعراض المرضية المشتركة

وفقاً للطبعة الرابعة للدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية الصادر عن رابطة الطب النفسى الأمريكية عام ١٩٩٣ (*) (DSM-IV;APA, 1993) ، فإن «الرهابى الاجتماعى ما هو إلا شخص ما يخاف ويفزع من مجموعة متنوعة ومتباينة من المواقف الاجتماعية والأدائية (المهنية) ، لأنه يعانى نوعاً من الخزى والخوف والحيرة بسبب توقعه نوعاً من الضعف فى أداء مهنته وواجباته ، أو بسبب خوفه من أن تبدو عليه أعراض القلق» . وتتدرج المواقف الاجتماعية المسببة للخوف من مواقف التفاعلات غير المتوقعة كما يحدث أثناء المحاضرات والندوات العامة عندما يعقب فرد ، أو يطلب منه التعقيب على حديث أو حوار شخص آخر ، إلى عدم وجود مواقف للتفاعل الاجتماعى ، ومع ذلك يتوقع المريض أن تصدر أحكام من الآخرين عليه بسبب ما يبدو عليه من قلق فى مثل هذه المواقف . وربما يصاب مريض الرهاب الاجتماعى بالقلق عند مواجهته بعض الظروف والمواقف التى تتطلب إبداء أنماط من السلوك الحركى المعقد ، بحيث تنعكس هذه الأنماط السلوكية فى شكل ارتجافات خفيفة أو نقص فى التركيز (ومن أمثلة هذه المواقف ، تناول الطعام ، وتناول الشراب ، والكتابة على الحاسب الآلى أمام الآخرين) . إن الخوف من استخدام الحمامات العامة - والذى غالباً ما يشار إليه بشكل تقليدى - على أنه نوع من «حياء المثانة[1] أو خجلها» ، يعد موقف رهاب اجتماعى متكرر الحدوث ، على الرغم من أن البيانات المعملية تفترض أن أمثال هذا الموقف لا علاقة له بمواقف أخرى ينظر إليها على أنها مواقف صعبة نفسيا يواجهها مرضى الرهاب الاجتماعى (Holt, Heimberg, Hope & Liebowitz, 1992) . ومن المعروف أن معظم مرضى الرهاب الاجتماعى يخشون موقفين أو أكثر من هذه المواقف ، ومن ثم فهم يتجنبونها تماما (Kolt, Heimberg, Hope Liebowitz, 1992; Turner, Beidel, Dancu & Keys,

---

(*) إن المحكات التى تم إقرارها في هذه الطبعة ، هى المحكات التى تم اعتمادها نهائياً في الطبعة الرابعة للدليل التشخيصى والإحصائى لاضطرابات القلق من قبل مجموعة العمل ومجموعة الصياغة النهائية لهذا الدليل الذى صدرت طبعته التجريبية الأولية عام ١٩٩٣ (APA, 1993) . وربما تخضع هذه المحكات لمراجعات وتنقيحات جزئية قبل إعداد الطبعة النهائية له التى صدرت عام ١٩٩٤ .

(1) bashful bladder .

1986) مع نسبة أو قدْر من الخوف الذى يتولد نتيجة للتواصل الاجتماعى مع الآخرين . ويصنف هؤلاء الأشخاص الذين يعانون من مخاوف نتيجة للتخاطب الاجتماعى ضمن نمط فرعى عام من أنماط الرهاب الاجتماعى التى وردت فى الطبعة الثالثة للدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية (DSM-III-R; APA, 1987) والطبعة الرابعة (DSM.IV, 1994) وعلى الرغم من القلق الشديد الذى يعانيه مرضى الرهاب الاجتماعى ، فإنهم يتجنبون هذه المواقف المخيفة أو يحاولون تحملها .

وعلى النقيض تماماً مما ورد فى الدليل التشخيصى الثالث ، فإن مخاوف مرضى الرهاب الاجتماعى وتجنبهم للمواقف الاجتماعية يؤثر سلبياً وبشكل ما على وظائفهم وأدوارهم الاجتماعية والمهنية . ومن ثم ، فليس من المستغرب أن نجد شخصاً ما يعانى من الرهاب الاجتماعى ، وفى الوقت نفسه يعانى من التدنى فى أداء أدواره الاجتماعية والوظيفية ، إن ذلك أمراً طبيعياً . ومن الأمثلة الدالة على ذلك ، أن أحد هؤلاء المرضى كان يعمل بواباً ليلاً على الرغم من أنه يحمل درجة جامعية ، وكان يرفض عرضا مغريا للإشراف على اثنين آخرين من البوابين لمجرد أن متطلبات هذا الموقف الوظيفى ستجعله يواجه ألواناً مختلفة من التفاعل الشخصى الاجتماعى . وفى الحقيقة ، إن معظم أو الغالبية العظمى من مرضى الرهاب الاجتماعى يعتقدون أن مهنهم أو وظائفهم الأكاديمية والاجتماعية العامة يصيبها الإخفاق والتدهور بسبب مخاوفهم الاجتماعية (Liebowitz, Gorman, Fyer & Klein, 1985; Turner et al., 1986) . ولقد أقر ساندرسون Sanderson ، ودينارد DiNardo ، ورابى Rapee وبارلو Barlow (١٩٩٠) أنه على الرغم من أن المتوسط العمرى لمرضى الرهاب الاجتماعى يقع فى الثلاثينيات المبكرة ، فإن نصف مرضى عيناتهم لم يقدموا مطلقاً على خبرة الزواج بالمقارنة بنسبة ٣٦٪ من مرضى اضطراب الهلع المصحوب بالمخاوف من الأماكن المتسعة ، ونسبة ١٨٪ من هؤلاء المرضى الذين يعانون من اضطراب القلق العام .

نسب الانتشار والإصابة

كشفت دراسات نسب انتشار الرهاب الاجتماعى التى أجراها المعهد الوطنى للصحة النفسية على مدى ستة شهور ، أن معدل الانتشار يتراوح بين ٠,٩٪ – ١,٧٪ لدى الرجال ، ويتراوح بين ١,٥٪ – ٢,٦٪ لدى النساء (Myers et al.,

1984) . وينبغى أن نلاحظ أن هذه الدراسات قد طبقت محكات الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى للاضطرابات النفسية ، والتى تضمنت فقط الأفراد الذين يعانون من قلق أداء مهن بعينها . ومن ثم فإن نسب الانتشار ربما تصبح أكثر ارتفاعاً إذا ما طبقت محكات الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى للاضطرابات النفسية التى تضم إليها الأفراد الذين يعانون من مجموعة من المخاوف أكثر عمومية . وبعيداً عن بعض اضطرابات القلق الأخرى ، فإن الرهاب الاجتماعى ينتشر بين الذكور والإناث بنسب متساوية (Bourdon et al., 1988) . وربما يمثل مرضى الرهاب الاجتماعى ما يعادل ١٨ ٪ من حجم المرضى الذين يترددون على عيادات اضطرابات القلق طلباً للعلاج (Sanderson et al., 1990) وكشفت التحليلات الإحصائية التى قام بها بوردون وزملاؤه (١٩٨٨) لبيانات الدراسة الانتشارية التى أجراها المعهد الوطنى للصحة النفسية ، أن العمر المنوالى للإصابة بالرهاب الاجتماعى هو ١٢ عاماً ، وأن ٩١ ٪ من هذه الحالات تشير إلى أن معدل بداية الإصابة بالرهاب الاجتماعى تحدث قبل عمر خمسة وعشرين عاماً . ويبدو أن تقديرات العمر المنوالى لبداية الإصابة بالرهاب الاجتماعى تقديرات مغالى فيها لأن الأفراد المشار إليهم ، وفقاً لهذه التقديرات ، والذين عانوا طوال حياتهم بالفعل من الرهاب الاجتماعى ، قد تم استبعادهم من هذه التحليلات .

الأعراض المشتركة لا ضطراب الرهاب الاجتماعي

اضطرابات أخرى فى المحور التشخيصى رقم (١) :

إن مرضى الرهاب الاجتماعى الذين يبحثون عن العلاج غالباً ما يواجهون بصورة تشخيصية معقدة تتضمن اضطرابات نفسية أخرى فى المحور التشخيصى رقم (١) ، فقد أقر تيرنر Turner ، وبيادل Beidel وبوردن Borden ، وستانلى Stanley ، وجاكوب Jacob (١٩٩١) ، أن ٤٣ ٪ من جملة ٧١ حالة رهاب اجتماعى ، وضع لها تشخيص لاضطراب نفسى إضافى للمحور رقم (١) هو عبارة عن اضطراب القلق العام وهو من أكثر الاضطرابات الانفعالية شيوعا بينها. وتبين من خلال عينة أكثر صغرا ، كان عددها ٢٤ من مرضى الرهاب الاجتماعى ، أن ما يقرب من ٦٠ ٪ من أفرادها يمكن أن تنطبق عليهم محكات تشخيص إحدى الزملات المرضية العيادية الإضافية على الأقل ، بحيث تشمل هذه الزملة المرضية ، ٢١ ٪ من مرضى الديستايميا ، و٢٥ ٪ من مرضى المخاوف

البسيطة ، و ١٧٪ من مرضى اضطرابات الهلع المصحوبة بالمخاوف المرضية من الأماكن الفسيحة[1] (Sanderson et al; 1990) . كما يبدو أن خمس هذه العينة الأخير يتم علاجها بأدوية البنزوديازبينات يوميا للسيطرة على القلق الاجتماعى[2] . كما تكشف دراسات شرب المسكرات عن وجود انتشار مرتفع للرهاب الاجتماعى بين الكحوليين، كما تشير إلى أن عديدا من هؤلاء الكحوليين ربما يشربون كثيراً من المسكرات لتخفيض حدة القلق الاجتماعى الذى يعانون منه بشدة (Chambless, Cherney, Caputo & Eheinstein, 1987; Mullaney & Trippett, 1979; Samail, Stockwell, Canter, & Hodgson, 1984)

اضطراب الشخصية التجنبى[3] :

إن إدراج نمط فرعى عام لفئة الرهاب الاجتماعى فى الطبعة الثالثة المعدلة والطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى الأمريكى للاضطرابات النفسية، قد ألقى مزيداً من الضوء على الخلط حول العلاقة بين الرهاب الاجتماعى واضطراب الشخصية التجنبى . ويتصف اضطراب الشخصية التجنبى بنمط دائم من تجنب التفاعل المتبادل بين الأشخاص ، والخوف من الرفض والاعتراض على ما يقوله ، والخوف من الخجل بين الرهاب الاجتماعى واضطراب الشخصية التجنبى . ويتصف اضطراب الشخصية التجنبى بنمط دائم من تجنب التفاعل المتبادل بين الأشخاص ، والخوف من الرفض والاعتراض على ما يقوله ، والخوف من الخجل واحمرار الوجه أو الخوف من الأداء بشكل ضعيف فى اللقاءات الاجتماعية وخاصة الفجائية منها . وتبين فى أربع دراسات حديثة (Herbert, Hope & Bellack, 1992; Holt, Heimberg, & Hope, 1992; Schneier, Spitzer, Gibbon, Feyr, & Liebowitz, 1991; Turner, Beidel, & Townsley, 1992) أن ٢٢,١٪ إلى ٧٠٪ من مرضى الرهاب الاجتماعى يشخصون ضمن مرضى اضطراب الشخصية التجنبى كتشخيص إضافى . وعلى الرغم من ضعف الاتفاق بين الباحثين حول الأعراض المرضية المشتركة والمتداخلة بين الرهاب الاجتماعى واضطراب الشخصية التجنبى ، فإن كل

---

(1) panic disorder with agoraphobia (PDA) .
(2) social anxiety .
(3) avoident personality disorder .

المؤلفين انتهوا إلى أن الملامح المرضية لاضطراب الشخصية التجنبى تشيع كثيرا بين مرضى الرهاب الاجتماعى ، وبصفة خاصة بين هؤلاء المرضى الذين يعانون من مخاوف شديدة العمومية . ومع ذلك ، فإن الأمر لازال غامضاً وملتبساً ، لأنه لا يوجد دليل علمى قاطع يشير إلى ضرورة أو إمكانية وضع تصنيف للرهاب الإجتماعى منعزلاً عن اضطراب الشخصية التجنبى . فعلى سبيل المثال قد كشف مرضى الرهاب الاجتماعى المعمم(1) ، سواء المصحوب أو غير المصحوب باضطراب الشخصية التجنبى عن أعمار متشابهة لبداية المعاناة من مخاوفهم الاجتماعية ، فى حين أن مرضى اضطراب الشخصية التجنبى يكونون أكثر عرضة للمعاناة من الاضطرابات الاكتئابية (Holt, Heimberg, Hope, & Liebowitz., 1992) وربما يكون الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية التجنبى ، هم – ببساطة – أشد الأفراد معاناة من المخاوف الاجتماعية ، وفقاً للمؤشرات الكمية ، ولكن لا توجد فروق كيفية بين الرهاب الاجتماعى المصحوب أو غير المصحوب باضطراب الشخصية التجنبى (Herbrt, et al., 1992) ، وانظر أيضاً هولت Holt ، وهايمبرج Heimberg ، وهوب Hope ، وليبوويتز Liebowitz، (١٩٩٢) . وبالإضافة إلى ما سبق ، يوجد دليل علمى ضعيف يشير إلى أن بعض الأفراد يمكن أن تنطبق عليهم محكات اضطراب الشخصية التجنبى من دون أن تنطبق عليهم محكات اضطراب الرهاب الاجتماعى ، مما يعنى أنهما فئتان تشخيصيتان منعزلتان (Widiger, 1992) .

التشخيص الفارقى(2) :

على الرغم من أن مرضى الرهاب الاجتماعى قد تنتابهم نوبات من الهلع فى المواقف الاجتماعية فى بعض الأحيان ، وعلى الرغم من أن كلا من مرضى الرهاب الاجتماعى ومرضى اضطراب الشخصية التجنبى ، يتحاشون مواقف اجتماعية شبيهة (كتناول الطعام بأحد المطاعم العامة) ، فإن كلا الاضطرابين متمايزان بوضوح . وبالإضافة إلى ذلك ، فإن التشخيص الفارقى يعد أمراً جوهرياً لأن العلاج يختلف من اضطراب إلى آخر (راجع مؤلفا الفصل الأول Craske & Barlow من هذا المجلد) . وعند التوصل للتشخيص الفارقى ، يجب التعرض لثلاث قضايا بالمناقشة ، هى :

(1) generalized social phobics .
(2) differential diagnosis .

(١) هل الشخص (أو المريض) يخشى من الأعراض ذاتها ؟ إن مرضى اضطراب نوبات الهلع المصحوبة بالخوف من الأماكن الفسيحة سيعانون من أعراض القلق حتى إذا لم يستطع أحد آخر رؤيتهم ، ويكون هذا هو حالهم عندما يكونون بمفردهم ، فى حين أن مرضى المخاوف الاجتماعية يكونون على النقيض من سابقيهم ، يلتفتون إلى أن الآخرين سوف يرون أعراضهم البادية عليهم ، وسيكون تقييمهم لهم سلبياً على هذا الأساس .

(٢) هل تحدث نوبات الهلع فى مواقف غير اجتماعية ؟ إن مدى المواقف التى تسبب خوفاً لمرضى نوبات الهلع المصحوبة بمخاوف من الأماكن الفسيحة تعتمد على تاريخ الخوف أو احتمالات المرور بخبرات نوبة هلع أو أخرى ، وربما يشمل هذا المدى ، مواقف يكون التقييم الاجتماعى فيها أمراً بعيد الاحتمال إلى حد كبير ، ومع ذلك تحدث نوبات الهلع .

(٣) هل تكون بداية نوبة حدوث الاضطراب سواء أكانت نوبة هلع مصحوبة بالخوف المرضى من الأماكن الفسيحة أم نوبة رهاب اجتماعى ، هل تكون بداية نموذجية شديدة الوضوح ؟ إن النوبة الأولى قد يتكرر حدوثها بشكل بارز شديد الوضوح لدى الأفراد الذين يعانون من نوبات الهلع المصحوب بالخوف أو لدى من يعانون حالة مستمرة من القلق الاجتماعى طوال حياتهم تقريباً أو – على الأقل – منذ دراستهم الثانوية أو الجامعية .

ومما يزيد الأمر تعقيدا ، أن أعراض كل من الرهاب الاجتماعى ونوبات الهلع المصحوبة بالخوف من الأماكن الفسيحة تكون شديدة التداخل والتشابه . وإذا كان ذلك كذلك ، فربما يكون من الضرورى معالجة كلا الاضطرابين بنوع واحد من العلاج بحيث يتصدى للإضطراب الذى يكون أشد حدة (أو الذى يكون أشد اهتماماً من قبل المريض) ، وتم تشخيصه أولاً على حساب الاضطراب الآخر .

وقد يحدث أحياناً أن يحضر أحد المرضى من أجل العلاج من القلق الإجتماعى الشديد بسبب فكرة قهرية مسيطرة عليه مؤداها أنه يحاول لمس صدور النساء أو يداعب الأعضاء التناسلية للرجال . ومن الواضح ، أنه إذا تورط الشخص فى مثل هذا السلوك القهرى فعلاً ، فإن ذلك يعد نتيجة غير مباشرة للمعاناة من القلق الاجتماعى . وتفترض خبرتنا العيادية أن مثل هؤلاء المرضى يمكن النظر إليهم على أنهم يعانون من اضطراب الوسواس القهرى ، وينبغى معالجتهم منه على هذا الأساس .

ووفقاً للمظاهر المرضية الخارجية ، فإنه يبدو من الصعب التمييز – على الأقل – بين الرهاب الاجتماعى الشديد أو اضطرابات الشخصية الفصامية أو الهذائية[1]. وتبرز الحاجة لوضع مثل هذه التشخيصات الفارقة فى المواقف العملية بشكل نادر وغير متكرر ، فمن ناحية نجد أن ذوى الشخصية الفصامية لا يتلقون أى دعم ليزيدون من تفاعلهم الاجتماعى ، ولذا فإنه من غير المحتمل أننا نجدهم يبحثون عن العلاج بهدف زيادة رضاهم عن المواقف الاجتماعية . ومن ناحية أخرى ، يرغب مرضى الرهاب الاجتماعى فى التخاطب الاجتماعى مع الآخرين على الرغم من أنه يسبب لهم حالة من الخوف والهلع الشديد . ويعتمد التمييز بين الرهاب الاجتماعى واضطراب الشخصية الهذائية بشكل أساسى على قدرة الشخص فى النظر إلى أن نوايا الآخرين لا يمكن أن تكون نوايا حقد عليه . وربما يكون من الصعب جدا التوصل لهذا الحكم التشخيصى من دون مدٍّ فترة التقدير الإكلينيكى واختبار أو فحص نتيجة اثنين أو ثلاثة من مواقف التفاعلات الاجتماعية وفقاً لأسلوب أداء الأدوار .

تعميم الخوف وأنماطه التشخيصية الفرعية :

تعميم الخوف

يعد خوف الحالة من تقييم الآخرين لها إحدى السمات المميزة لمرضى الرهاب الاجتماعى . وعلى الرغم من الشعور بالتهديد العام ، فإن المواقف والظروف التى تثير هذا الخوف تتباين بشدة من موقف اجتماعى إلى آخر . وكما لاحظنا مسبقاً ، فإن بعض مرضى الرهاب الاجتماعى يخافون من بعض مواقف التفاعل أو التبادل والاتصال الشخصى الاجتماعى تقريباً . وضمن مراجعة علمية مفصلة للمواقف المثيرة للخوف لدى مرضى الرهاب الاجتماعى ، انتهى هولت Holt وهوب Hope وهيمبرج Heimberg وليبو ويتز (١٩٩٢) إلى وجود أربع فئات (مجموعات تتصل وظيفياً بهذه المواقف) من المواقف الاجتماعية هى : التفاعل الاجتماعى عند العمل كناطق رسمى ، والتفاعل الاجتماعى عند العمل كناطق غير رسمى ، ومواقف الحزم وتوكيد الذات ، وأخيراً مشاهدة الآخرين لسلوك الحالة الاجتماعى (مثال ذلك ، الكتابة أمام الآخرين والكتابة فى الصحف السيارة) . وكان موقف الناطق الرسمى من أشد المجالات المثيرة للخوف المرضى

(1) Schizoid or paranoid personality disorders .

شيوعاً لدى عينة دراستهم ، حيث كانت نسبتهم ٧٠٪ ، يلى ذلك مواقف الناطق غير الرسمى والتوكيد ومشاهدة الآخرين لسلوك الحالة الاجتماعى ، حيث كانت نسب الشيوع لكل فئة بالترتيب كالتالى : ٤٦٪ ، و٣١٪ ، و٢٢٪ . وتخاف معظم الحالات من مواقف اجتماعية متعددة ، ولكنها تأخذ نمطاً متدرجاً ، فإن ما سبّب مجالاً اجتماعياً محدداً خوفاً شديداً لدى مريض ، فإن هذا المجال غالباً ما يكون موقف التفاعل عند العمل كناطق رسمى . أما هؤلاء الذين يخافون من موقف التفاعل عند العمل كناطق غير رسمى ، فإنهم – غالباً – ما يخافون بدرجة أشد من موقف الناطق الرسمى بالمقارنة بالمجالين الاجتماعيين الآخرين (موقف التوكيد والحزم ، ومشاهدة الآخرين لسلوك الحالة) . وبالطريقة نفسها ، فإن هؤلاء الذين يخافون من مواقف توكيد الذات يميلون بشدة للخوف من موقفى التفاعل عند العمل كناطق رسمى أو ناطق غير رسمى ، ولكنهم لا يخافون بالضرورة من موقف مشاهدة الآخرين لسلوكهم الاجتماعى . وأخيراً فإن منْ يخافون من موقف مشاهدة الآخرين لسلوكهم الاجتماعى ، غالباً ما يكونون أشد خوفاً من المجالات الاجتماعية الثلاثة السابقة على هذا المجال فى الترتيب . ولذلك ، فإننا نستطيع النظر إلى ترتيب هذه المجالات تباعاً من حيث شدة استثارتها للخوف لدى الحالات المرضية ، كالتالى : التفاعل عند العمل كناطق رسمى ، فالتفاعل عند العمل كناطق غير رسمى (حوار غير رسمى) ، وتوكيد الذات ، ثم مشاهدة الآخرين للسلوك الاجتماعى . ولذلك ، فإن الحالة التى تخاف من مجال ما (كموقف توكيد الذات مثلا) ، فإنه يتوقع خوفه أيضاً من كل المجالات والمواقف التى سبقت هذا الموقف فى القائمة (كمجالىْ التخاطب الرسمى والتخاطب غير الرسمى ، فى حين أنهم لا يتوقع خوفهم من موقف مشاهدة الآخرين للسلوك الاجتماعى على أساس أنه غير سابق من حيث ترتيبه فى القائمة) . وليس معنى هذا أن الرهاب الاجتماعى اضطراباً أو مرضاً تفاقمياً بحيث تعمم فيه مخاوف مريض ما من مرضى الرهاب الاجتماعى كمجموعة ، فإنه يمكن أن نضع مخاوفهم العامة وغير المحددة فى نمط تدريجى غير محدد المعالم (فضفاض) . وكما سنرى فيما بعد ، فإن هذه المعلومات يمكن أن تكون مفيدة لنا فى وضع مدرجات ترتيبية للمخاوف ومدرجات تجنبية ، ووضع درجات ومستويات متدرجة من التعرض المباشر للمواقف المثيرة للخوف .

الأنماط التشخيصية الفرعية للرهاب الاجتماعي :

ظلت أسباب الإصابة بالرهاب الاجتماعى ، واحداً من الموضوعات المثيرة للجدل أعواماً عديدة . وحاولت دراسات عديدة أن تضع مرضى الرهاب الاجتماعى فى تصنيفات فرعية أولية بناء على نوع الموقف المخيف أو درجة عموميته . ووفقا لما أورده «هيمبرج وهولت وشينيير Schneier وسبتزر وليبوويتز (تحت الطبع) فى مراجعتهم العلمية الضافية لمشكلة التشخيصات الفرعية للرهاب الاجتماعى ، فإن كثيراً من الدراسات غالباً ما توصلت إلى فروق نمطية فرعية اعتماداً على متغيرات ديموجرافية ، وتقديرات نفسية عيادية (كلينيكية) ، ودرجات على اختبارات التقدير الذاتى للقلق ، والتجنب ، والاكتئاب ، والمقاييس السلوكية ، واعتماداً على بعض المتغيرات والمقاييس الفسيولوجية أحياناً ، بالإضافة إلى مؤشر الاستجابة للعلاج . وعلى الرغم من أن مجموعة العمل التى صاغت الدليل الأمريكى التشخيصى والإحصائى فى طبعته الرابعة ، قد أخذت فى حسابها وضع تشخيصات فرعية للرهاب الاجتماعى ، فإن الطبعة الرابعة منه قد أبقت على الفئة التشخيصية الفرعية التى وردت فى الطبعة الثالثة المعدلة التى كانت قد صدرت عام ١٩٨٧ . ولقد انتهى الممارسون العياديون إلى إمكانية تخصيص نمط عام من الرهاب الاجتماعى إذا ما تضمنت مخاوف الفرد معظم المخاوف الاجتماعية ، ولكننا لازلنا فى حاجة لمزيد من البحوث لتحديد ما إذا كان ممكنا وضع أنماط تشخيصية فرعية أخرى من الرهاب الاجتماعى اعتماداً على متغيرات إتيولوجية مهمة أو متغيرات للتقدير النفسى أو متغيرات علاجية .

فعالية العلاج المعرفي والتعرض المباشر للرهاب الاجتماعي

درس الباحثون مدى فعالية وتأثير عدد ضخم من علاجات الرهاب الاجتماعى أهمها : التدريب على المهارات الاجتماعية ، والعلاج المعرفى ، ومختلف أشكال الاسترخاء العضلى العميق ، والتخيلى ، والمعاش واقعياً ، والتعرض المباشر وفقاً لأداء الأدوار ، والعلاج المختصر لموريتا Morita ، والعلاج النفسى الدينامى المساند ، والعديد من العلاجات الطبية النفسية . إن التحليل الشامل للإنتاج النفسى الفكرى فى مجال العلاج ونتائجه موضوع يقع خارج حدود هذا الفصل . وتتعرض هذه الفقرة فقط لمراجعة الدراسات التى اختبرت مدى فعالية العلاج المشترك بالتعرض المباشر والعلاج المعرفى ، وهما نمطا العلاج اللذان سيركز عليهما هذا الفصل . ومن يرد من القراء معرفة المزيد من

المعلومات والمناقشات حول موضوع تأثير العلاجات النفسية للرهاب الاجتماعى ، عليه الرجوع «لهيمبيرج (١٩٨٩) ، وهيمبيرج وباركو (١٩٩١) ، وليفين Levin وشينيير وليبووتيز (١٩٨٩) ، أو هوب ، وهولت وهيمبيرج (١٩٩٣).

ولقد دُرس العلاجان المعرفى والتعرض المباشر مرات عِديدة بالمقارنة بأى علاج نفسى اجتماعى آخر لمرض الرهاب الاجتماعى ، ولا يعد ذلك أمرا عجباً لأن أنواع العلاج بالتعرض المباشر قد نجحت فى التصدى لكثير من أمراض القلق واضطراباته . ولا ترفع إضافة العنصر المعرفى دائماً معدلات فعالية العلاج بالتعرض إذا ما استخدم بمفرده كعلاج لبعض اضطرابات القلق الأخرى . ومع ذلك ، يرى عدد من المعالجين الباحثين - أمثال بوتلر Butler (١٩٨٩) - أن مرضى الرهاب الاجتماعى الذين يخافون من التقييم الاجتماعى السلبى الذى يعد عنصراً معرفياً ، يكون من المهم بالنسبة لهم إضافة العلاج المعرفى للقضاء على هذا الاضطراب المعرفى . وانتهى هوب وزملاؤه (١٩٩٣) عند مراجعتهم لعلاجات الرهاب الاجتماعى ، إلى أن نتائج هذه العلاجات غير نهائية فيما يتصل بمسألة أن الجمع بين العلاج بالتعرض بمفرده ، ولكن من المحتمل أن تؤدى العلاجات المعرفية دوراً أكثر أهمية فى علاج الرهاب الاجتماعى يفضل دورها فى علاج اضطرابات القلق الأخرى .

وقارن بوتلر وكوللنجتون Cullington ومونباى Munby وآميس Amies ، وجيلدر Gelder (١٩٨٤) بين فعالية التعرض فى الحياة المعاشة والتعرض فى الحياة المعاشة بالإضافة إلى برنامج لإدارة القلق يشمل بعض اللهو ، والاسترخاء ، والحوار الذاتى العقلانى لدى مجموعة تجريبية فى مقابل مجموعة ضابطة تنتظر دورها على قائمة الانتظار . وعلى الرغم من أن برنامج التدريب على إدارة القلق لايعد علاجا معرفيا خالصاً ، فإن التحليل البعدى لبيانات هذه الدراسة العلاجية قد أشار إلى أن الحوار الذاتى العقلانى قد حقق أفضل نتائج التحسن ، حيث أشار المرضى إلى أنه كان من أكثر العلاجات مساعدة لهم فى مواجهة قلقهم . ولضبط الوقت الذى يستغرقه تطبيق برنامج إدارة القلق ، فقد تم تقديم العلاج بالتعرض بمفرده كعلاج مساند ، ولكنه - لسوء الحظ - كان علاجاً غير مقبول من جانب كل المشاركين فى البرنامج العلاجى . وكانت كل علاجات التعرض - وفقاً للاختبار البعدى - أكثر فعالية لدى المجموعة التجريبية بالمقارنة بمجموعة قائمة الانتظار الضابطة طبقاً للأداء على عدد متباين من المقاييس ، مع فروق طفيفة

بين العلاجات الفعالة . وعلى أية حال ، فقد تبين فى مرحلة المتابعة ، أن المشاركين الذين تلقوا علاجاً بالتعرض بالإضافة إلى تدريب لإدارة القلق حققوا تحسناً دالاً مقارنة بالمرضى الذين تلقوا علاجاً بالتعرض المباشر فقط .

وأجرى ماتيك Mattick وزملاؤه (Mattick & Peters, 1988; Mattick, Peters & Clarke, 1989) دراستين بهدف اختبار مدى فعالية مجموعة مشتركة من المعالجين الذين تعاونوا فى علاج الرهاب الاجتماعى بالتعرض للمواقف المثيرة له تدريجياً فى الحياة الفعلية وبطريقة إعادة البناء أو الأبنية المعرفية . وفى الدراسة الأولى (Mattick & Peters, 1988) قورنت فعالية العلاج المشترك بفعالية أسلوب التعرض المباشر فقط . وتبين أن المضطربين فى كلتا المجموعتين قد تحسنوا ، ولكن كان التحسن أفضل إلى حد ما فى ظل تلقى العلاج المشترك ، وذلك على مدى ثلاثة شهور من المتابعة . أما فى الدراسة الثانية ، فقد تمت مقارنة العلاج المشترك بكل من التعرض المباشر والعلاج المعرفى والانتظار من دون علاج كمجموعة ضابطة – أى بكل طريقة علاجية على حدة – وتبين أن المرضى بالرهاب الاجتماعى الذين خضعوا لأى طريقة من الطرق العلاجية قد تحسنوا جوهريا بالمقارنة بمجموعة قائمة الانتظار الضابطة ، ولكن اختلف نمط وشكل التغير من طريقة علاجية إلى أخرى . كما تبين أن السلوك التجنبى للمواقف الاجتماعية المثيرة للخوف قد انخفض لدى كل المرضى الذين خضعوا لهذه الطرق العلاجية ، ولكن المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً استهدف إعادة صياغة أبنيتهم المعرفية فقط أو علاجاً معرفياً مشتركاً مع أسلوب التعرض المباشر ، تحسنت لديهم كذلك الاعتقادات اللاعقلانية والتقييم السلبى الذاتى . وعند مقارنة نتائج هذين الأسلوبين معا بأية أساليب علاجية أخرى ، نجد أنهما أفضل جوهريا فى إحراز درجات دالة من التحسن لدى مرضى الرهاب الاجتماعى ، وذلك وفقا لدرجاتهم بعد العلاج على مقاييس أو قوائم السلوك الموضوعية . وكان التحسن لدى مرضى الرهاب الاجتماعى بطيئاً فيما يتصل بإعادة صياغة الأبنية المعرفية إذا تم علاجهم بهذا الأسلوب العلاجى فقط وفقاً لأدائهم على بعض المقاييس السلوكية ، ولكن مكاسبهم العلاجية استمرت طوال فترة المتابعة ، فى حين حدث تدهور نسبى لدى من خضعوا للعلاج بأسلوب التعرض فقط خلال الفترة نفسها . وعلى الرغم من أنه يبدو أن كل عنصر من عناصر هذه المجموعة العلاجية يكون عاجزاً بمفرده إلى حد كبير فى التخفيف

من حدة الرهاب الاجتماعى وتجنب الخوف من المواقف الاجتماعية المثيرة للخوف ، فإن الجمع بين التعرض المباشر لمصادر الخوف المرضى والعلاج المعرفى يمكنه أن يقضى على هذا الاضطراب أو تخفيفه إلى حد كبير .

وفى أول دراسة من مجموعة الدراسات التى تعرضت لتقييم مدى فعالية العلاج المعرفى السلوكى الجمعى(١)، تم وصف إجراءات تقديم هذا العلاج الذى سيرد فى فصل تال أثناء عرض حالة مرضية تم علاجها بهذا الأسلوب ، وأورد هذا الوصف كل من هيمبيرج وبكر Becker وجولد فنجر Goldfinger وفيرميليا Vermilyea (١٩٨٥) ، كما أوردت هذه الدراسة نتائج علاجية لسبع حالات من مرضى الرهاب الاجتماعى ، منهم خمس حالات يعانون من الخوف من التحدث أمام جمهور عام ، وحالتين تعانيان من مخاوف اجتماعية متباينة . وتتكون الصيغة القديمة لهذا العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى من التعرض الخيالى(٢)، والتعرض بأداء الأدوار(٣) أثناء جلسات العلاج الجمعى ، والعلاج المعرفى بإعادة صياغة الأفكار(٤) ، وواجب منزلى(٥) عند القيام بالتعرض المباشر للمواقف فى الحياة الواقعية(٦) . وبعد خضوع الحالات لهذا العلاج أربعة عشر أسبوعاً تبين أنهم تحسنوا جميعاً وفقاً لمدى أدائهم على بعض المقاييس السلوكية ، والفيزيولوجية والذاتية . واحتفظ ستة من هؤلاء المرضى بمكاسبهم العلاجية على مدى ستة شهور من المتابعة .

وقامت مجموعة قليلة جداً من الدراسات التى تعرضت لتقييم الآثار الإيجابية لعلاج مرضى الرهاب الاجتماعى باستخدام العلاج الوهمى للمجموعات الضابطة للسيطرة على تدخل أى آثار علاجية ، ويعد ذلك طريقاً أفضل من المقارنة بمجموعات ضابطة تقف على قوائم الانتظار لتلقى العلاج ، لأن أفراد هذه المجموعة يتصورون فعلا أنهم يعالجون ، ولكن الذى يعيب العلاج المعرفى السلوكى الجمعى ، أننا لا نستطيع الوقوف على كفاءة كل عنصر على حدة من عناصر هذا العلاج . وباستخدام ذلك التصميم البحثى العلاجى ، قام هيمبيرج ،

---

(1) cognitive - behavioural group therapy (CBGT) .
(2) imaginal exposure .
(3) role - played exposure .
(4) cognitive restructuring .
(5) homework .
(6) in vivo exposure .

ودودج Dodge وزملاؤهما (١٩٩٠) بتقييم الصيغة الراهنة للعلاج المعرفى – السلوكى الجمعى التى عزلوا فيها أسلوب العلاج بالتعرض التخيلى[1] ، وخفضوا مدة العلاج لاثنى عشر أسبوعا فقط . ويسمى العلاج بالسيطرة على وظيفة الانتباه وضبطها[2] بالعلاج التربوى الجمعى المساند[3] ، ويتكون من معرفة الحالة بالكيفية التى تكتسب بها المخاوف والرهاب الاجتماعى من خلال بعض الأساليب التربوية التى تسود خلال التنشئة الاجتماعية والعلاج النفسى الجمعى المساند غير الموجه[4] . وكما هو متوقع ، تبين أن الحالات التى خضعت لكلا العلاجين التربوى والجمعى المساند غير الموجه تحسنوا جوهريا وفقاً لاستجاباتهم على معظم مقاييس التقدير السلوكى للرهاب الاجتماعى . ومع ذلك فإن أداءهم البعدى على مقاييس التقييم لكلا النوعين السابقين من العلاج طوال فترة المتابعة التى استمرت ستة شهور ، بالمقارنة بأدائهم على مقاييس عناصر العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى، يشير إلى أن فعالية عناصر العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى كان أفضل جوهريا على بعض المقاييس من العلاجين التربوى والجمعى المساند غير الموجه . ولذا فقد أقر المرضى الذين خضعوا للعلاج المعرفى – السلوكى الجمعى بأنهم أصبحوا أقل قلقا بشكل جوهرى وفقا لأدائهم على أحد اختبارات القلق بالتقدير الذاتى ، الأمر الذى اتفق مع تقدير المعالجين لهم لمدى تحسنهم . كما أن الحوار الداخلى[5] للمرضى – وهو الحوار الذى يعد جزءاً من العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى – قد أصبح خلال فترة المتابعة حوارا إيجابياً . وارتطبت حالتهم النفسية الحسنة بتحسن حالة الفكر والتفكير طبقا لأدائهم على المقاييس المنبثقة عن نموذج حالات العقل أو الذهن الداخلية[6] لكل من شوارتز Schwartz وجارامونى(١٩٨٩) . وعلى العكس من ذلك ، فإن الحوار الداخلى الذاتى الذى ارتبط بالعلاج الجمعى التربوى المساند لدى مرض الرهاب الاجتماعى ، أصبح

(1) imaginal exposure .
(2) attention control treatment .
(3) educational supportive group therapy (ES) .
(4) non directive supportive group therapy .
(5) internal dialouge .
(6) Schwartz & Gramani's states of mind Model (SOM) .

حوارا أحاديا[1] سلبيا ، ومن ثم فقد أشير اليه على أنه يمثل أسوأ المؤشرات المرضية للحالة العقلية ، وهو المؤشر الذى أشار إليه نموذج شوارتز وجارامونى للحالات الذهنية الداخلية (Bruch, Heimberg, & Hope, 1991) . وعلى مدى خمسة أعوام من المتابعة لعينة صغرى منبثقة من العينة الأصلية لمرضى الرهاب الاجتماعى ، أشارت نتائج علاجهم إلى أن المرضى الذين خضعوا للعلاج المعرفى – السلوكى الجمعى كانوا أكثر احتفاظاً بمكاسبهم العلاجية ، واستمرت مؤشرات التحسن لديهم فى الارتفاع بالمقارنة ببعض المرضى الذين خضعوا للعلاج بتدريبهم على ضبط الانتباه والسيطرة عليه (Heimberg, Salzman, Holt Blendell, 1991)

وفى تحليل علمى لفاعلية كل عنصر من عناصر العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى ، انتهى «هوب» وهيمبيرج وبروش Bruch (١٩٩٠) إلى أن العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى والتعرض التحليلى كان تأثير كل منهما على حدة أشد جوهريا بالمقارنة بالمجموعة المدرجة ضمن قائمة الانتظار (الشفاء التلقائى) . كما تبين وجود دليل علمى من الاختبار البعدى يشير إلى أن التعرض التخيلى بمفرده كأسلوب علاجى كانت نتائجه أفضل جوهريا من نتائج العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى ، ولكن هذه الفروق قد اختفت تماما على مدى ستة شهور من المتابعة . ومع ذلك فإن المؤلفين قد لاحظوا أن المرضى الذين خضعوا لكلا النوعين من العلاج قد أحرزوا تقدما أقل من المتوقع ، وقد يرجع ذلك إلى خوفهم جزئيا من الاشترك فى برنامج لعلاج الرهاب والقلق الاجتماعى علاجا جماعيا .

وقارنت دراستان بين نتائج علاج هيمبيرج المعرفى – السلوكى الجمعى والعلاج الطبى[2] للرهاب الاجتماعى ، بحيث قارنت الدراسة الأولى بين نوعين من العلاج الطبى هما : عقاقير فينيلزين Phenelzyine وعقاقير ألبرازولام alprarzolam وجرعات من العقاقير الطبية الوهمية فى مقابل العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى (Gelernter et al., 1991) . وقد تلقى كل المرضى الذين خضعوا للعلاج الطبى والعلاجى الوهمى تشجيعا للقيام بالتعرض الذاتى[3] للمواقف

(1) negative monolougue .
(2) pharmacotherapy .
(3) self-exposure .

المثيرة للمخاوف والرهاب الاجتماعى . وقد تضمن التصميم التجريبى العلاجى فترة للمتابعة امتدت شهرين انقطع خلالها المرضى عن العلاج بالعقاقير الطبية ، وفترة للعلاج الطبى استمرت اثنى عشر أسبوعا ، ولقد حدث تحسن لدى جميع مرضى الرهاب الاجتماعى ، بما فيهم الذين تلقوا علاجا وهميا باختلافات وفروق طفيفة بين عينات الدراسة المرضية . وأرجع المؤلفون تحسن هؤلاء الذين تلقوا علاجا وهميا إلى معدلهم المرتفع فى ممارسة التعرض التخيلى الموجه ذاتيا . وكشفت الدراسة عن وجود دليل علمى ضعيف يشير إلى أن المرضى الذين عولجوا بعقار الألبرازولام alprarzolam ازدادت بينهم احتمالات الانتكاس عندما يتوقفون عن تعاطيه ، بينما كانت استجابات المرضى الذين عولجوا بعقار فينيلزين أكثر تقدما منذ بداية العلاج به ، وكانوا أكثر احتمالا للاحتفاظ بتقدمهم وتحسنهم من دون علاج طبى . ولكن يجب أن نلاحظ أن العلاج المعرفى - السلوكى الذى استخدم فى هذه الدراسة قد تم توظيفه بشكل مختلف إلى حد ما فى هذه الدراسة بالمقارنة باستخدامه وتوظيفه فى الدراسات السابقة ، فقد كانت المجموعات المرضية التى خضعت للعلاج فى هذه الدراسة ذات أعداد أكبر مما هو معتاد بالنسبة لاستخدام هذا العلاج بكل مكوناته (اشتملت كل مجموعة على عشرة مرضى فى حين أن العدد المفروض تحديده علميا لكل مجموعة مرضية هو ستة مرضى) .

وأخيراً ، توفرت لدينا بيانات أولية من دراسة أجرتها مجموعة من المراكز العلاجية مجتمعة ، قام بها هيمبيرج وليبووتيز (١٩٩٢) ، حيث تمت المقارنة بين نتائج العلاج الطبى بعقاقير فينيلزين ، والعلاج المعرفى - السلوكى ، والعلاج الطبى الوهمى ، والعلاج النفسى للتحكم فى الانتباه الذى طوره هيمبرج ودودج وزملاؤهما (١٩٩٠) . وقام بالتقييم وتقدير نتائج هذه العلاجات معالجون مستقلون، حجبت عنهم إجراءات العلاج ، حيث قاموا بتصنيف ٧٧ مريضا بالرهاب والقلق الاجتماعى كانوا قد أكملوا العلاج (ماعدا خمسة عشر مريضا تم استبعادهم من الدراسة لتسربهم وانقطاعهم عن تلقى العلاج) ، إلى مستجيبين وغير مستجيبين للعلاج . وانتهوا إلى أن ٨٠٪ من المرضى الذى تلقوا علاجا معرفيا - سلوكيا جميعا فى مقابل ٧١٪ ممن تلقوا علاجا طبيا بالفينيلزين تم تصنيفيهم على أنهم مستجيبون . ولم توجد فروق جوهرية بين نتائجهما ، فى حين كانت الفروق بين نتائج كل منهما على حدة ، وبين نتائج العلاج الوهمى

(٣٧٪) أو العلاج بالتحكم فى الانتباه (٢٧٪) فروقا شديدة الدلالة .

ويبدو - باختصار - أن الجمع بين العلاج بالتعرض التخيلى وإعادة صياغة الأفكار معرفيا ، كما هى الحال فى العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى ، يمثلان أكثر طرق العلاج النفسى والطبى فعالية لمواجهة الرهاب الإجتماعى . وسواء أكان هذا العلاج المتعدد العناصر يعد من أكفأ العلاجات النفسية والطبية من حيث نتائجه الإيجابية ، أم أنه يعد أكثر كفاءة من العلاج بالتعرض التخيلى للمواقف المثيرة للخوف أو من العلاج المعرفى لإعادة الصياغة المعرفية للأفكار - كل منهما على حدة - فإن الأمر الأكثر صعوبة أن نحدد حكما وتقييما نهائيا له نظرا لوجود عدد محدود من الدراسات فى هذا الموضوع ، ونظرا لأن معظم نتائجها جاء مختلطا وغير نهائى . ومع ذلك ، فإن النتيجة الأكثر أهمية بالنسبة للممارسين والمعالجين لهذا الاضطراب ، مؤداها وجود دليل علمى متواتر يشير إلى أن كل أربعة من مرضى الرهاب الاجتماعى بينهم ثلاثة يمكنهم التحسن إكلينيكيا وبشكل جوهرى بعد تلقيهم لعلاج مكثف لفترة زمنية معقولة بالعلاج المعرفى - السلوكى الجمعى أو تلقيهم لعلاج نفسى جمعى يجمع بين التعرض التخيلى والعلاج المعرفى بإعادة بناء أو صياغة الأفكار حول المواقف المثيرة للرهاب والقلق الاجتماعى .

نظريات منتقاة للرهاب الاجتماعي

طوّر عدد من المنظرين النفسيين نماذج تصورية لشرح وتفسير نشأة وتطور واستمرارية المعاناة من القلق والرهاب الاجتماعى . ومع ذلك ، وفقا لتحقيق أهداف هذا الفصل ، سنعرض فقط لاثنين من هذه النماذج . وتمثل النظرية المعرفية[1] للباحثين والمعالجين المعرفيين المرموقيْن بك Beck وإمرى Emery (١٩٨٥) ، ونموذج ليرى Leary فى التقديم-الذاتى[2] (١٩٨٨) ، إطاريْن نظريّيْن مفيديْن يمكن أن نفهم فى ضوئهما الأصول العلمية للعلاج المعرفى - السلوكى للقلق والرهاب الاجتماعى . كما يمكن أن نفهم من خلالهما تطور الأشكال الأولى والمتباينة والمتعددة لأسلوب إعادة صياغة وتكوين الأفكار كجزء من أجزاء العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى . ويساعدنا هذا الأسلوب العلاجى الأخير فى تحديد

(1) Cognitive theory .
(2) self - presentational model .

المواقف الاجتماعية التى تسبب لفرد ما المعاناة من القلق الاجتماعى ، بالإضافة إلى تحديد الأسباب المحتملة التى تجعل القلق والرهاب الاجتماعى محتمل الحدوث. وكما سنرى بعد ذلك فإن فهم هذه الأسباب يساعد المعالجين فى تحديد استراتيجيات العلاج الملائمة وأهدافها . وفيما يلى وصف مختصر لكل نظرية من النظريتين السابقتين .

نظرية بك وإمري المعرفية في القلق الإجتماعي

لقد طور بك وإمرى (١٩٨٥) نظرية معرفية لتفسير منشأ القلق والمخاوف المرضية ، بما فى ذلك تفسير منشأ اضطراب الرهاب الاجتماعى . ويعد مفهوم المخطط(١) هو البناء المعرفى الأساسى الذى يقود عملية معالجة المعلومات . وينظر إلى هذا المفهوم على أنه المفهوم المحورى الذى يمثل العمود الفقرى لنظريتهما المعرفية . والمخططات ما هى إلا مجموعات من القواعد التى تصنف وترتب ، وتنظم ، وتفسر المعلومات الواردة للمرء ، مثلما تيسر استرجاع المعلومات من الذاكرة . وتصنف المخططات إلى أشكال وصيغ(٢) يتخلق عنها مجموعة من الأفكار المعرفية أو ابتكار نوع من أنواع التحيز الذى يبرز تأثيره عبر مواقف عديدة . ووفقا لنظرية بك وإمرى ، فإن القلقين من الجمهور هم هؤلاء الأفراد سريعى التأثر ومن ثم فهم المهيئين للإصابة بهذا الاضطراب الانفعالى . بمعنى آخر ، هؤلاء الأفراد هم الذين يرون العالم على أنه مكان خطر ومهدد ، ومن ثم يظل هؤلاء الأفراد شديدى التيقظ باستمرار لمواجهة أى تهديد محتمل من هذا العالم . ونتيجة لذلك فإن الهاديات الإيجابية المحايدة أو المعتدلة يساء تفسيرها وبشكل سلبى ، بينما يتم تجاهل أو إهمال الهاديات الإيجابية أو الآمنة المطمئنة ، كما يُبْخَسْ تقدير ذكريات النجاحات السابقة ومصادر الثقة بالنفس ومصادر التعايش المتاحة أو يتم تجاهلها ، ولذلك فإن المخططات تنعكس بذاتها فى شكل أخطاء منطقية فى التفكير الذى يصبح مرئيا بوضوح عندما يعرض المريض لأفكاره التى تدور حول المنبهات المثيرة لقلقه .

وتختلف شدة التيقظ الذهنى التى سببتها هاديات محددة من اضطراب إلى آخر ضمن اضطرابات القلق . فمثلا ، المخاوف المرضية من الثعابين ما هى إلا حالة من التيقظ الشديد التى أثارتها هاديات يدل وجودها على وجود الثعابين ،

---

(1) Schema .
(2) modes .

بحيث تشتمل هذه الهاديات على كل الأشياء الطويلة ، النحيفة التى تشبه الثعابين شكلا ، أو تشتمل على رؤية العشب الطويل الذى ينذر وجوده بقدوم هذه الثعابين السامة . وما مرضى الرهاب الاجتماعى إلا هؤلاء الأفراد شديدى التركيز والالتفات للهاديات التى تشير إلى احتمالات تقييم سلوكهم الاجتماعى سلبيا من قبل الأشخاص الآخرين . وربما تكون هذه الهاديات ذات طبيعة موقفية (كما يحدث من تعليق حاد من أحد المدرسين لأحد الطلاب الذى يجيب عن سؤال محدد أمام فصله) ، أو ذات طبيعة شخصية متبادلة (مثل زميل العمل الذى يفشل فى الاستجابة لتحية زميله) أو ذات طبيعة داخلية (مثل معدل ضربات القلب المتزايدة أو حرارة الجسم التى تشير لوجود قلق بادى للآخرين أو يتدخل ويختلط بأداء السلوك المرغوب) . وفى الحقيقة ، أن مرضى الرهاب الاجتماعى يبدون وكأنهم يكرسون انتباههم بشكل زائد عن الحد لاكتشاف هاديات التهديد الاجتماعى المحتملة الحدوث (Hope Rapee Heimberg & Dambech Mattia, Heimberg & Hope, 1993; Smithe, Ingram & Brehm, 1983) 1990;)

وبتقليل حدة الانتباه لهاديات التهديد الاجتماعى ، فإن أهميتها فى التفسير يمكن أن يبالغ فيها لدرجة أن بعضهم يرى أنها يمكن أن تفسّر حالة التعلثم البادية وصعوبة النطق أثناء محادثة أو حوار ما ، وقد يفسر هذا التعلثم على أنه دليل على حالة من التفكك أو التشوش الذهنى للحالة العقلية . كما قد يشير رفض هؤلاء المرضى للاستجابة أو لإجابة سؤال ما لفترة زمنية محددة إلى شعورهم بالعجز والعزلة الاجتماعية والشعور بالاغتراب والوحدة النفسية .

ان الهدف من استخدام العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى فى هذا المجال هو تعديل مخططات مرضى الرهاب الاجتماعى لتصبح أكثر تطبيقا مع مخططات الأشخاص الطبيعيين . وتحتاج القواعد التى تحكم عملية معالجة المعلومات لدى مرضى الرهاب الاجتماعى إلى تعديلها لتمدهم فى النهاية برؤية وإدراك أكثر توازنا فيما يتصل بالمنبهات الداخلية والخارجية . ونتصور أن هذا التعديل قد حدث بالفعل أو ينبغى أن يحدث بالفعل عندما تصطدم تلك المخططات بمعلومات متناقضة ومتفاوتة بشكل متكرر . ويتضمن هذا الأمر فى الحياة العملية تحديا متكررا لأخطاء التفكير المنطقى ، فى وجود دليل يؤيد التفسيرات الأكثر عقلانية حتى تتحول طريقة معالجة المعومات لدى مريض الرهاب الاجتماعى من معالجة

آلية للمعلومات إلى معالجة لها استراتيجيات أكثر عقلانية ومنطقية . ويتم الحصول على الدليل المؤيد لهذه التحديات من مصدرين أساسيين هما : التحديات الناجمة عن الاختبارات اللفظية المباشرة أثناء إعادة صياغة الأفكار معرفيا ، وتركيز انتباه الشخص على دليل خبرى تم العثور عليه بشكل معتمد من تطبيق أسلوب التعرض بأداء الأدوار ومن تحديد الواجبات المنزلية . ويبدو أن نجاح هذا العلاج مرهون بالقدرة على إعادة توزيع الانتباه ومصادره وفقا لما طرحته النظرية المعرفية (Mattia et al., 1993) . ومع ذلك ، فقد انتهت ماتيا Mattia وآخرون إلى أن العلاجات الناجحة والفعالة والمؤثرة ، بغض النظر عن العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى ، يمكن أن تتأثر هى أيضا بهذا التغير فى تركيز الانتباه على الهاديات المثيرة للتهديد ، كما يفترضون أن إعادة صياغة الأفكار المعرفية ربما لا تكون عملية ضرورية لحدوث التغير المعرفى المطروح فى هذه النظرية .

نموذج التجلي والتقديم الذاتي للقلق الاجتماعي

يرى نموذج التقديم الذاتى[1] للقلق الاجتماعى (Schlenker & Leary, 1982) أن القلق الاجتماعى يحدث عندما يرغب الفرد فى غرس انطباع شخصى خاص لدى الآخرين ، ويشك تماما أنه لن ينجح فى ذلك . ولابد من تنمية هذين الظرفين ورعايتهما؛ بمعنى آخر ، عليه أن يبدو أمام الآخرين على أنه شخص مهم ، كما أن عليه أن يتعهد هذه القدرة بالرعاية وتطوير هذا الانطباع الذى تركه لدى الآخرين . وقام ليرى Leary مؤخرا (كما ورد ذلك تلخيصا فى ليرى ، ١٩٨٨) بمراجعة هذا النموذج ، وافترض أن العوامل الموقفية والنفسية المهنية ربما تزيد الدافعية للتأمل والانشغال الشديد بتطوير هذا الانطباع ورعايته ، أو يقلل من إحساس الفرد الذاتى بالضعف تجاه نجاحه فى القيام بهذه المهمة بنجاح .

وطبقا لتطوير ليرى (١٩٨٨) لهذا النموذج ، ربما ينشط هؤلاء الأفراد بشكل زائد عن الحد من أجل خلق انطباع شخصى خاص بسبب حاجته الشديدة لاستحسان الآخرين له ولفت نظرهم اليه واحترامهم إياه . ومن ناحية ثانية ، يمكن أن تؤثر عوامل عديدة أخرى على توقعات الشخص حول مواجهة أهداف إدارة هذا الانطباع وتطويره ، وتتضمن هذه العوامل اضطرابات مدركة أو اضطرابات حقيقية فى المهارة الاجتماعية ، وتقدير متدنى للذات ، وآمال

(1)The self- presentational model of social anxiety .

متواضعة فى النتائج المرتقبة . وربما يسهم تقدير الذات فى القلق الاجتماعى لأن مثل هؤلاء الأفراد الذين قد يفترضون أن الآخرين يدركونهم على أنهم عاجزين اجتماعيا ، كما يدركون هم أنفسهم كذلك . ولخص باندورا Bandura (١٩٧٧) اضطرابات المهارات الاجتماعية المدركة سواء أكان الأفراد يعانون منها أم لا وفقا لأى محكات خارجية ، فى مفهوم تأثير كفاءة التوقعات المتدنية[1] (أى ضعف الثقة فى أن شخصا ما يستطيع أن يصدر سلوكا محددا) . وفى بعض الأحيان ، قد يعتقد الشخص القلوق اجتماعيا أن الشخص الآخر قد لا يكوّن الانطباع المفضل عنه ، حتى إذا كان أداؤه هو أداء ضعيفا . وقد أطلق «باندورا» (١٩٧٧) على هذا الاعتقاد اسم التوقع المتدنى للنتائج ، ولذا فإن «ليرى» يفترض – فى هذه الحالة – أن التوقع المتدنى للنتائج ربما يكون سببه ضعف تقدير الذات أو تكوين رأى قاسٍ حول الانطباعات أو التفاعلات الاجتماعية . ولقد وجد «ليرى وكووالسكاى Kowalski وكامبل (١٩٨٨) أن الأفراد القلقين اجتماعيا يعتقدون أن شركاء التفاعل الاجتماعى سوف يقيمونهم سلبيا كما يتوقعون ، ومع ذلك ، فإنهم يتوقعون أيضا أن شركاءهم فى التفاعل الاجتماعى قد يمدون الآخرين بتقييمات قاسية عنهم .

إن إحدى مميزات نموذج التقديم أو التعريف الاجتماعى تكمن فى كونه يمدنا بإطار نظرى ممتاز للتنبؤ بالمواقف التى يمكن أن يخبر فيها فرد معين القلق الاجتماعى . أضف إلى ذلك أنه بالدمج بين المفاهيم المتصلة بهذا النموذج ، مثل العلاقة بين المهارات الاجتماعية والقلق الاجتماعى ، فقد استطاع «ليرى"Leary أن يرفع من قدرة هذا النموذج فى تفسير اضطراب الرهاب والقلق الاجتماعى . ولذا فإن هذه النظرية الموسعة تسلم بأن الأفراد ذوى القلق الاجتماعى يضطربون لأسباب متباينة ، ومن ثم فهم يعترفون للمعالج النفسى بوجود مصادر ومواقف اجتماعية مهمة يمكن أن تكشف عنها عمليات الفحص والتشخيص والتقدير النفسى . فهل المريض أو الحالة تنشط بشدة لترك انطباع حسن لدى الآخرين أم أنها تشك فى قدرتها على التفاعل الاجتماعى مع الآخرين بكفاءة ؟ وهل يتطور هذا الشك لدى المريض بسبب معاناته من اضطرابات وعيوب سلوكية محددة أم أنه قد كوّن لنفسه وذاته الاجتماعية صورة مشوهة أمْ أنه ترك لدى الآخرين صورة ذهنية مشوهة عنه وعن تفاعلاته الاجتماعية ؟ وتمدنا الإجابة عن مثل هذه الأسئلة بمعين لا ينضب ومفيد لنا من أجل اختيار الخطط والعلاجات الملائمة

(1) low efficacy expectations .

، ومن أجل إرشادنا وتوجيهنا للمناطق والأطر الفكرية التى ينبغى إعادة صياغتها باستخدام التدخل بالعلاج المعرفى – السلوكى الذى سيأتى وصفه ، فيما يلى من فقرات .

العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي للرهاب الاجتماعي :

يتكون العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى من ثلاثة عناصر أساسية هى : (١) التعرض المباشر للمواقف الشبيهة بالمواقف المثيرة للخوف والرهاب الاجتماعى[1] . و(٢) إعادة صياغة الأفكار معرفيا[2] ، و(٣) واجبات منزلية محددة للتعرض للمواقف المثيرة للخوف[3] فى الحياة الاجتماعية الواقعية . (Heimberg, 1991) . وتمثل عمليات التعرض المباشر للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعى ، قلب العلاج المعرفى – السلوكى لكونها تحدث قبل التدخلات المعرفية وأثناءها وبعدها . ويتحدد الواجب المنزلى أساساً ، انطلاقاً من الموقف الذى تم تطويره خلال تعليم الحالة جلسات التعرض .

اعتبارات نظرية ومنهجية عامة في العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي :

يتطلب العلاج السلوكى بالتعرض المباشر جرأة وشجاعة شديدة من جانب المرضى . ووفقا لهذا العلاج ، فإن الهدف من التعرض المباشر ، حمل الأفراد الرهابيين على مواجهة المخاوف التى ظلوا يتجنبونها سنوات عديدة . وعلى الرغم من أن استخدام جماعة ما ليتم من خلالها تقديم علاج للمخاوف الاجتماعية أمر يبدو معارضا بل ومتناقضاً ، فإن وجود مجموعة من الأفراد يمكن أن يمدنا بعدد من المزايا تفوق مزايا العلاج الفردى فى قدرته على مساعدة مرضى المخاوف الاجتماعية على مواجهة مخاوفهم أو الموا قف الاجتماعية المثيرة للرهاب والقلق الاجتماعى . ومن ثم فإن أهم مزايا هذا النوع من العلاج حدوث التعلم النيابى[4]، ورؤية آخرين يعانون من المشكلة ذاتها ، وخلق جرأة عامة للتغيير ، وتوفير مجموعة من المشاركين يؤدون عديداً من الأدوار ، ومجموعة من الأشخاص يزودوننا بدليل للقدرة على مواجهة التفكير المشوه (Heimberg, 1991; Sank & Shaffer, 1984) ، وبسبب طبيعة هذا الاضطراب ، فإن معظم الرهابيين

---

(1) simulated exposure to fear situations .
(2) cognitive restructuring .
(3) home work assignments for in vivo exposure .
(4) vicarious learning .

الاجتماعيين لا يناقشون مخاوفهم مع أى شخص ، مما يترتب عليه اعتقاد خاطئ مفاده أنهم يرون أن مشكلاتهم فريدة فى نوعها . ويمدنا وجود جماعة علاجية بفرصة لا مثيل لها بأن الرهابين يكتشفون أن الآخرين من زملائهم المرضى يعانون من المشاعر والأفكار المرضية الشبيهة بمشاعرهم وأفكارهم ، ويتعلمون من محاولات كل فرد على حدة من أفراد جماعتهم العلاجية ، للتغلب على مخاوفهم ، ويمكن أن نصوّر الفوائد السابقة لوجود جماعة علاجية من خلال مجموعة من الاقتباسات دارت بين أعضاء إحدى الجماعات (هم الأعضاء ١ ، و٢ ، و٣) وبعض المعالجين (هما ١ ، و٢) ، وفقاً لإجراءات العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى ، وهى كما يلى :

- **العضو الأول** (ع١) : ظللت أفكر طوال الأسبوع فى تلك الاستجابة المنطقية العقلانية ردا على بعض الأفكار المعرفية المضطربة ، والتى استخدمها عضو فى جماعة علاجية أخرى ظل يستخدمها طوال الأسبوع الماضى .

- **المعالج الأول** (م١) : أتقصد تلك الاستجابة العقلانية التى حصلت عليها من موقف التعرض الذى قمنا به من خلال محادثة مع أحد أعضاء المجموعة العلاجية الثانية ؟

- ع١ : نعم . هذه الاستجابة كانت «إننى مسئول فقط عن ٥٠٪ مما ذكره فى هذه المحادثة» . وعندما كنا نتحدث عن هذه الفكرة المشوّهة الأسبوع الماضى ، كان يوجد أمام عينى ما يشبه وجود مصباح كهربى مضيئ . وأدركت ساعتها – أثناء معاناتى من هذه الفكرة المشوّهة – أننى دائما ما أشعر بكثير من الضغوط للاستمرار فى هذه المحادثة . وعندما حاولت التفكير فى كونى مسئول عن ٥٠٪ من عناصر هذه المحادثة فقط ، شعرت بمزيد من الراحة ، لأنه إذا ما توقفت هذه المحادثة ، فليس من الضرورى أن تكون هذه غلطتى ، لأن الزميل الآخر فى المجموعة عليه أن يقوم بدوره أيضاً .

وتعليقنا أن عضو هذه الجماعة كان قادراً على تقبل إحدى استراتيجيات التعايش الإيجابية التى صاغها من أجل عضو آخر ، وقام بدمجها ضمن استراتيجياته البارعة لمواجهة قلقه الاجتماعى .

إن إحدى الصعوبات إلى تواجهنا فى علاج المخاوف والرهاب الاجتماعى تكمن فى قدرتنا على خلق مواقف حقيقية للتعرض لها وفى الوقت نفسه تكون قابلة للسيطرة عليها وضبطها ، والتحكم فيها (Butler, 1989; Hope, 1993) . ولذا فإن تكوين جماعة علاجية ييسر بشدة تصميم مثل هذه المواقف الاجتماعية التى يمكن التعرض لها ، لأن أعضاء الجماعة الآخرين والمعالجين معهم يتم توظيفهم كمؤدين للأداور الاجتماعية أو يمثلون أعضاء جمهور نحن فى حاجة إليه . وبالإضافة إلى ما سبق ، فإن أعضاء الجماعة يمكن أن يمدوننا بمزيد من العائد والأرجاع الصادقة عن كيف أداء أى عضو عند تعرضه لموقف اجتماعى ما أكثر مما يتاح لمعالج ما فرد مهما كانت كفاءته .

أما أثناء توظيف عنصر العلاج المعرفى المعروف باسم إعادة صياغة الأفكار معرفيا فغالباً ما يمدنا أعضاء الجماعة العلاجية بدليل لمهاجمة الأفكار المشوّهة لدى أى عضو آخر فى الجماعة ، كما يظهر فيما يلى :

- م١ : وهكذا فإن الفكرة الآلية[١] لديك هى : «أنك لا تعرف أن تُجرى حواراً أو محادثة مع آخرين» ، أليس ذلك صحيحاً ؟ .
- ع١ : نعم ، لأننى دائما أعانى من هذا الضعف وتؤرقنى هذه المشكلة .
- م١ : هذا حسن ، دعنا نسأل باقى أعضاء الجماعة عما يفكرون وكيف يفكرون فى هذه المشكلة . من الذى أجرى محادثة مع العضو الأول فى الجماعة (ع١) أو لاحظ كلامه أو حديثه مع شخص ما آخر .
- **العضو الثانى (ع٢)** : حسنا ، لقد قام بأداء هذا الدور[٢] ، ولذا فقد تحدث معى .
- م٢ : مضبوط ، وماذا عن أى أمور أخرى بخلاف مسألة التعرض المباشر ، كأخذ المبادرة بالحديث قبل أن تبدأ الجماعة .
- ع٣ : لقد خرجنا معا حتى وصلنا إلى مواقف سياراتنا الأسبوع الماضى ، وتحدثنا فى أمور كثيرة لمدة قصيرة .

---

(1) automatic thought .
(2) role play .

[وذكر أعضاء آخرون فى الجماعة مجموعة من الحوارات الشبيهة] .

– م١ : وهذا يعنى أنك تستطيع القيام بمجموعة من المحادثات مع باقى أعضاء الجماعة العلاجية .

– ع١ : أعتقد ذلك .

– ع٢ : هذا لطيف ، لقد سألنى عن سيارتى لأنه كان يبحث عن سيارة جديدة ، ولذا فقد تحدثنا مليا فى هذا الموضوع .

[ولقد أجاب أعضاء الجماعة الآخرين بإجابات شبيهة] .

– م١ : حسنا ، (ع١) ، ويبدو أن باقى أعضاء الجماعة لم يوافقوا على أنك لم تعرف كيف تجرى مثل هذه الأحاديث .

– ع١ : أعتقد أننى دائماً ما أكون شديد النرفزة لدرجة أننى لا أتوقف عن التفكير مطلقاً بأن الأحاديث أحيانا ما تسير سيراً حسناً .

حجم الجماعات وتكوينها

تفترض خبرة تكوين وإدارة المجموعات التى تتألف من أربعة إلى سبعة أعضاء ، أن الحجم المثالى للجماعة العلاجية هو ستة أعضاء ، لأن كل عضو فيها يمكن أن يحصل على القدر نفسه من العناية والرعاية فى كل جلسة على حدة . ومن ناحية أخرى ، إذا غاب عضو أو اثنين من أعضاء الجماعة أو تسربًا من الجلسات العلاجية ، فلازال يوجد عدد مناسب يمثل جماعة فعالة . وينبغى أن يمدنا هؤلاء الأعضاء الستة بالإضافة إلى المعالجيْن بمدى أو مجال يضم من النوع[1] والعمر والخبرة ما يلبى معظم حاجات القائمين بالأدوار على مدى الجلسات الثمانى أو التسع الأولى للعلاج . وكما سنصف ذلك فيما بعد ، فإنه يمكن لأناس آخرين أن يستخدموا هذه الوظيفة عندما تستنفذ كل الاختيارات والبدائل داخل المجموعة .

وكما هى الحال فى العلاجات النفسية الجمعية الأخرى ، فإن اختيار جماعة محددة ربما يكون من أهم القرارات التى يتخذها المعالج عند استخدام العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى . ومن ثم عليه أن يراعى مجموعة من العوامل أهمها الآتى : أولاً ، ينبغى أن تكون المجموعة متوازنة ومتكافئة من حيث النوع

(1) gender .

(الجنس) والعمر ، ومدى حدة المعاناة من الرهاب الاجتماعى . وإذا ما اختلف أحد أعضاء الجماعة تماما عن الآخرين فيها فى كل المتغيرات السابقة ، فمن المحتمل ألا يتآلف معهم ويشعر بالتنغيص ، ومن ثم يتغيب عن الجلسات أو يتسرب منها . ووفقا للخبرة العملية[1] وليس وفقا للقاعدة العلمية ، فإن كل عضو فى الجماعة عليه أن يتخذ عضوا ما آخر خلاً وصديقا يمكن أن يتوحد به (كالعضو الثانى فى الجماعة مثلا ، والذى تخطى عامه الخامس والأربعين أو شخص ثان يتصف بالعقلانية فى التصرف وذى أداء نشط ، إلا فى حالة تعرضه لمواقف اجتماعية محددة تثير مخاوفه) . وثانيا ، يجب أن نستبعد من المجموعة هؤلاء الأفراد الذين يحتمل أن يربكوا ديناميات التفاعل الاجتماعى داخلها ، ويصيبوها بالتفكك . وينطبق ذلك تماما على أعضاء الجماعة الذين يتسمون بأعراض الشخصية البينية والشخصية التجنبية شأنهم فى ذلك شأن استبعاد الأفراد الذين يتسمون بالعدائية الشديدة أو القسوة أو كثرة المطالب بلا مبرر حقيقى . وفى بعض الأحيان قد نضطر لاستبعاد شخصا رهابيا تتصف مخاوفه الاجتماعية بالشدة لدرجة أنه تصدر منه استجابات غامضة تسبب وجود مسافة اجتماعية تمنع تفاعله مع الآخرين من أعضاء الجماعة . وفى بعض الحالات السابقة قد تثير ديناميات التفاعل الاجتماعى بين أعضاء الجماعة بعض الاستجابات السابقة مما يربك أداء بعض أعضائها ، ومن ثم يجب متابعة هذه الأمور أولا بأول ، كما ينبغى أن نأخذ فى حسابنا متطلبات البدائل العلاجية الأخرى قبل متطلبات العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى أو كبديل له .

برنامج الجلسات ومواعيدها ومكان انعقادها

تُشكل جماعات العلاج المعرفى – السلوكى لتخضع لجلسات أسبوعية عددها اثنتا عشرة جلسة ، مدة كل منها تتراوح بين ساعتين وساعتين ونصف الساعة . وينبغى أن يراعى المعالج عند تحديد مواعيد هذه الجلسات أو أى نشاطات علاجية أخرى ، وجود بعض العطلات التى قد تعوق أو تُربك تنفيذ البرنامج العلاجى . ففى بعض الأحيان قد نعجز عن تجنب آثار إحدى العطلات الأسبوعية، ولكن وجود عطلات متكررة أثناء تنفيذ البرنامج العلاجى قد يُربك ويقلل فاعلية وتأثير الجماعة بشدة .

(1) rule of thumb .

وتتطلب الجلسات الطويلة نسبيا مُناخاً مريحا من حيث الزمان والمكان ، ولذا فإن حجرة المعيشة بنظامها وترتيب أثاثها المعروف تعد مكانا نموذجيا ، ما دام أعضاء الجماعة ليس حتميا بالنسبة لهم أن يجلسوا إلى جوار بعضهم بعضا بشكل وثيق ، كالجالسين على أريكة مثلا ، كما أن اختيار أثاث الحجرة ينبغى أن يكون قابلا للتحريك وإعادة ترتيبه حسبما يتطلب ذلك عمليات التعرض بطريقة أداء الأدوار .

كما ينبغى أن يتم تجهيز حجرة العلاج الجمعى بمسجل وسبورة للتوضيح والرسم والشرح عليها . وتسمح هذه الجلسات المسجلة للمعالجين بمراجعة نشاطات الجماعة والتفاعل بين أعضائها أو مع قائدها فيما بين الجلسات . وهذا النظام يسمح بدوره باستمرار العائد والتعليق على الأداء أولا بأول ، وتحرير الأعضاء من ضرورة تدوينهم لمشاهدات محددة وتعديلات معينة أثناء الجلسات . ومن الضرورى أثناء تدريب أعضاء الجماعة على إعادة صياغة أفكارهم معرفيا ، أن نوفر بالحجرة حاملا ضخما بأوراق فى حجم السبورة وممحاة من اللباد أو من ورق الصحف ، وقلم سبورة أو سبورة كبيرة سوداء وطباشير لتسجيل أفكار الأعضاء عليها . ومثل هذه الأدوات تكمن أهميتها فى كونها تمدنا بهاديات بصرية لأعضاء الجماعة العلاجية الذين ينصب انتباههم على قلقهم الشديد الذى تعكسه أفكارهم ، ويفضل حامل الأوراق أو السبورة الورقية مع الممحاة على السبورة العادية لأنها تسمح لأعضاء الجماعة بمراجعة ما ذكروه من أفكار فى الصفحات الأولى من السبورة الورقية . عموما وفى كل الحالات ، سواء استخدمنا السبورة الورقية أو السبورة العادية ، فيجب أن تكون كلتاهما سبورة محمولة حتى يمكن التعامل معها بسهولة لتحديد الفكرة والهدف الذى يجب تدريب العضو عليه أثناء التعرض المباشر للموقف الاجتماعى الذى أثاره .

المعالجـــون

على المستوى الظاهرى ، يبدو أن العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى (CBGT) ما هو إلا سلسلة دقيقة من النشاطات المنظمة [1] ولكنها نشاطات فردية مميزة ، ولكن الواقع يشير إلى أنه عملية معقدة تتطلب عند تنفيذها خبرة طويلة من المعالجين الجمعيين ، لأنهم – على الأقل – يحتاجون بشكل أساسى إلى أن

(1) structured activities .

يكونوا على ألفة ومعرفة بل وإلمام دقيق بكل تفاصيل النموذج المعرفى – السلوكى للرهاب الاجتماعى وإجراءات العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى . ولكى نضمن لكل عضو من أعضاء المجموعة أن يحصل على حقوقه العلاجية كاملة ، فلابد أن يقدم هذا النوع من العلاج معالجا خبيرا ، لأن إدارة الجلسات وتوظيف أوقاتها بدقة، ومراقبة الحالات الانفعالية لأعضاء الجماعة أثناء تذليله كل عقبات العمل المعرفى والتعرض المباشر للمواقف المثيرة للرهاب ، لهى ببساطة أمور لا يمكن أن يقوم بتنفيذها معالجون نفسيون معرفيون مبتدئين .

ويبدو أنه من الصعب جدا بل ومن المنهك بشدة أن يقدم العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى معالجا واحد فقط ، ولذا نوصى بضرورة أن يقدمه معالجين اثنين على الأقل . ولا مانع من أن يكون أحدهما قليل الخبرة بشرط الا تقل خبرته عن إتقانه لتدريبات تلقاها فى إجراءات أداء الأدوار ، قبل انعقاد جلسة العلاج الجمعى ، ولذا كان لابد من وجود معالجين أحدهما ذكر والآخر أنثى . ولا يكفى عند أدائهما لدوريهما أن يحضرا أو يعداً وجهات نظر متباينة حول التفاعلات الاجتماعية التى تخيف المرضى ، ولكن يمدهم هذا الإعداد والتجهيز بمرونة كافية تفيدهما كمشاركين فى أداء الأدوار . ومن الأمثلة الدالة على ذلك ، أنه عند إجراء وتنفيذ أسلوب التعرض المباشر لبعض المواقف ، يكون ملائما جدا أن يكون جنس المعالج متسقا للدور الذى سيقوم به فى بعض المواقف الاجتماعية . كما أن بعض المرضى يكون شديد القلق أو تكون أرجاعهم الانفعالية من الصعب التنبؤ بها ، خاصة إذا ما كانوا يشاركون فى العلاج الجمعى بأسلوب أداء الأدوار لأول مرة ، ومن ثم فإن أحد المعالجين ، إذا كان ذكراً أو أنثى ، يكون أشد تأثيرا وبشكل إيجابى .

شروط اختيار المجموعات العلاجية

هناك خمسة عوامل ينبغى أخذها فى الاعتبار عندما يتقرر خضوع مريض الرهاب الاجتماعى للعلاج المعرفى – السلوكى الجمعى ، هى : أولا ، يجب استبعاد المرضى الذين لوحظ مسبقا أنهم يمكن أن يخربوا ديناميات الجماعة العلاجية ، ولن يتم استبعادهم فقط لكونهم لن يستفيدوا من هذا العلاج إلى حد كبير ، بل لأنهم كذلك سيعوقون تقدم الآخرين وتحسنهم تماما . وثانيا ، يتم استبعاد من يعانون من نوبات القلق الاجتماعى الحاد من الانضمام كأعضاء فى الجماعة العلاجية لأنهم لن يتحملوا ما يثار داخلها من قضايا . كما أن معظم أعضاء

الجماعة يخبرون درجة من القلق ، خاصة فى الجلسات العلاجية الأولى ومع ذلك، فإن الذى يعانى من القلق الوقتى الشديد ، ربما ينغمس فيه لدرجة أنه قد يفهم ما يسود فى الجماعة من تعلم لعدد من المفاهيم ، ومع ذلك يحاول تخفيض قلقه عن طريق عدم المشاركة أو تجنب الجلسات ، ومن ثم فإنه يستحيل استفادة مثل هؤلاء الأفراد من العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى . وثالثا ، ينبغى أن يكون الرهاب الاجتماعى هو المشكلة الأساسية التى يبحث الأفراد بسببها عن العلاج ، ويتطلب هذا نوعا من الحذر والحيطة فى عمليات التقدير التشخيصى[1] . وفى الحالات التى يختلط فيها أعراض الرهاب الاجتماعى مع الاضطرابات النفسية الأخرى ، فإن المعالج والمريض لابد أن يصلا إلى قرار مشترك حول المشكلة الأساسية وتحديدها بدقة . ورابعا ، عند تحديد مدى ملاءمة العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى لأية حالة مرضية ، ينبغى أن نقيم مستوى اكتئاب المريض بدقة .كما سنلاحظ بعد ذلك فإن الاكتئاب الشديد يعد منبئاً للنتيجة السلبية للعلاج المعرفى - السلوكى الجمعى (Holt; Heimberg & Hope, 1989; Klosko, Heimberg, Becker, Dodage & Kennedy, 1984) وينتج ضعف نتائج هذا العلاج - فى الحالات السابقة - بسبب المخاوف الاجتماعية الناجمة عن بعض القلق لدى بعض مرضى الرهاب الاجتماعى . إن ذلك أمر غير منطقى ، ومع ذلك فإنه يقل مع عمليات التحسن التى تطرأ على الرهاب الاجتماعى . على أية حال ، إن مريض الرهاب الاجتماعى شديد الاكتئاب ، وبصفة خاصة إذا لم يكن اكتئابه ثانويا بالنسبة لقلقه الاجتماعى ، فإنه سوف يتدهور إذا ما تعرض للعلاج الجمعى ، وربما يؤثر وجوده سلبيا على الجماعة العلاجية . والخلاصة أن المعالج الناجح ينبغى أن يحدد ويقدر بعناية ما إذا كان علاج الاكتئاب ينبغى أن يُقدّم أولا قبل تعرض المريض للعلاج المعرفى - السلوكى الجمعى .

وخامسا وأخيرا ، فإن الأفراد الذين يعانون من أضطراب شديد فى المهارات الشخصية المتبادلة ربما لا يستفيدون بالقدر الكافى من العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى . وللأسف الشديد ، فإن تقدير اضطرابات هذه النوعية من المهارات لدى مرضى الرهاب الاجتماعى يعد أمرا فى غاية الصعوبة . وإلى جانب الضعف الذى يعانون منه وبسبب عدم وجود مصادر شخصية للتفاعل الاجتماعى الجاد ، فإن مرضى الرهاب الاجتماعى يؤدون أداءً ضعيفاً فى المواقف الاجتماعية

(1) diagnostic assesment .

المخيفة . ومع ذلك ، فإن هذا الأداء الضعيف ربما يرجع إلى الآثار السيئة للقلق (بما فى ذلك التفكير السلبى) ، أو يعزى إلى ضعف المهارة الاجتماعية . ولذا فقد اقترح هوب وآخرون (١٩٩٣) تقديرا نفسيا كلينيكيا من ثلاثة أجزاء للتمييز بين هذين الاحتمالين . الاحتمال الأول ، وفيه نفترض أنه إذا كان المريض يستطيع أن يكشف عن مهارات اجتماعية ملائمة تحت أى ظرف من الظروف ، فمعنى ذلك أنه يملك مهارات اجتماعية . إن المريض الذى يخضع للعلاج المعرفى – السلوكى الجمعى ينبغى أن يكون قادرا على إظهار أداء كفء فى المواقف الاجتماعية ، على الرغم من كونه يفتقر للمهارات الاجتماعية إلى حد كبير ، وأهم هذه المواقف الثلاثة هى ، (١) أداء دورٍ ما بحيث يكشف عن درجة قليلة من القلق ، (٢) ويتفاعل اجتماعيا بشكل طبيعى مع المعالج النفسى ، خاصة بعد أن تكون علاقتهما قد توطدت إلى حد ما ، بحيث يصبح أكثر رضا وارتياحا ، أو (٣) يسوق مجموعة من الأوصاف اللفظية للكيفية أو الأسلوب الذى يمكن أن يسلك وفقا له شخص ثالث سلوكا اجتماعيا مقبولا فى عدد من المواقف الممثلة للتفاعل الاجتماعى . إن الأفراد الذين يخشون ضعف الأداء بسبب افتقارهم لمهارات التفاعل الاجتماعى ، هم أشد الناس حاجة للتدريب على المهارات الاجتماعية بالإضافة إلى العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى أو بديل عنه .

علاج أعضاء الجماعة بمضادات القلق

يوصف العلاج الطبى بمضادات القلق[1] للعديد من مرضى الرهاب الاجتماعى لمساعدتهم على التحكم والسيطرة على قلقهم الاجتماعى . والطبيعى أن يتوقف هؤلاء المرضى عن تناول العلاج الطبى الذى كانوا يعالجون به تحت اشراف طبى نفسى قبل أن يبدأوا فى الخضوع للعلاج المعرفى – السلوكى الجمعى . وإذا كان العلاج الطبى فعالا ، وهم يودون الاستمرار فيه ، فإنهم لن يبحثوا عن علاج آخر . ومع ذلك فإن العلاج الطبى ربما يكون الأداة الوحيدة التى ظلوا يتناولونها عدة سنوات ، وليس من غير المعقول أن يقاوم أعضاء الجماعة العلاجية عدم الاستمرار فى تناوله . والحل المنطقى هو أن نثبت الجرعة ونحدد حجمها قبل البدء فى العلاج الطبى ونؤجل المزيد من المناقشة لما بعد الانتهاء منها . ولأن هؤلاء المرضى يتحسنون بالعلاج ، فإنهم ربما يتوقفون عنه بإرادتهم ، أو يخططوا

(1) anxiolytic medication .

لتجنبه والانسحاب بعد ما تنتهى الجرعة العلاجية . ويجب أن تتضمن هذه الخطة نوعا من المراقبة الذاتية لتجنب أى احتمالات للانتكاس بعد توقف هؤلاء المرضى عن تناول العلاج الطبى . ويطلب من الأفراد الذين كانوا يعالجون علاجا طبيا بسبب حاجتهم له ، أن يتوقفوا عن تناوله قبل بدء جلسات العلاج الجمعى أو أداء مهمات التعرض المباشر كواجب منزلى .

التقدير النفسي

بالإضافة إلى التقدير الكلينيكى[1] الذى تم وصفه مسبقا كجزء من المقابلة الموجهة علاجيا ، فإن معظم المعالجين النفسيين يرغبون فى مزيد من الحصول على بيانات يمكن توظيفها كخط أساس لمدى التقدم والتحسن العلاجى . ويتكون هذا التقدير – وفقا لما هو معمول به دائما – من استخبارات للتقدير الذاتى ، وبعض المؤشرات والمقاييس الموضوعية المنبثقة عن مشاهدة عينة طبيعية من السلوك أو من أداء الأدوار . وفيما يلى من فقرات ، سنسوق عرْضا مختصرا لبعض المقاييس المنتقاة ، وعلى المهتمين من القراء الرجوع بالتفصيل إلى «أرنكوف "Arnkoff وجلاس Glass (١٩٨٩) ، وجلاس وأرنكوف (١٩٨٩) .

استخبارات التقدير الذاتي

يستخدم عدد من الاستخبارات فى قياس القلق الاجتماعى وتجنبه بشكل متكرر . ولقد تم استخدام مقياس للتجنب الاجتماعى والكرب[2] (Watson & Friend, 1969) ، ومقياس الخوف من التقييم السلبى[3](Watson Friend 1969) لعدة سنوات . ويتكون مقياس التجنب الاجتماعى والكرب من ثمانية وعشرين بندا، ويقيس بعضها القلق الاجتماعى ذاته ويقيس بعضها الآخر تجنب عديد من مواقف الأداء والتفاعلات الاجتماعية . أما مقياس الخوف من التقييم السلبى الذى يتكون من ثلاثين بندا تقيس مدى إهتمام الآخرين بتقييم الحالة سلبيا مما يمثل لبُّ الرهاب والمخاوف الاجتماعية . ولقد اشتملت الصيغة الأصلية لهذا المقياس على عديد من البنود المطوّلة فى مقابل صيغة مختصرة له تم تطويرها بحيث يستجيب لها المريض وفقا لمقياس «ليكرت "Likert ثلاثى الدرجات (Lear y,

(1) Clinical assesment .
(2) The social avoidance and distress (SDAD) .
(3) Fear of negative evaluation scale (FNE) .

1983) ورأى «تيرنر» وماك كانا McCanna وبيادل (١٩٨٧) أن هذين المقياسان يقيسان الكرب العام أكثر من قياسهما للقلق الاجتماعى لأن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق بالإضافة إلى الرهاب الاجتماعى يحصلون كذلك على درجات مرتفعة على كلا المقياسين . ومع ذلك فإن هذا ربما يعكس الصفة العامة والشاملة لوجود القلق الاجتماعى عبر القلق والاضطرابات المزاجية (Heimberg, Hope, Ropee & Bruch, 1988).

ولسوء الحظ ، فإن هذين المقياسان قد تم إعدادهما على الطلبة الجامعيين أكثر من العينات الكلينيكية من مرضى الرهاب الاجتماعى ، على العكس من المقاييس الأربعة التى تم تطويرها حديثا فى هذا المجال . أولها قائمة الرهاب والقلق الاجتماعى[1] (Turner, Beidel, Dancu, & Stanley, 1989) ، وتتكون من خمسة وأربعين بندا (انقسمت فيما بينها إلى مقياسيْن فرعيين ، هما مقياس الرهاب الاجتماعى ويتكون من اثنين وثلاثين بندا ، ومقياس الرهاب من الأماكن الواسعة[2] ويتكون من ثلاثة عشر بندا) ، وتقيس تلك القائمة الاستجابات والأرجاع اللفظية ، والسلوكية ، والفيزيولوجية عبر عديد من المواقف المتباينة . ولأن هذه القائمة تنصب بنودها وتركز على الأمور الموقفية ، فهى تعد ذات فائدة قصوى كمقياس للتخطيط العلاجى . وأعد «ماتيك Mattick وكلارك Clarke" (١٩٨٩) مقياسيْن منفصلين ، يتكون كل منهما من عشرين بندا ، للقلق فى مواقف التفاعل الاجتماعى (مقياس قلق التفاعل الاجتماعى[3]) ، والقلق الذى يمكن أن يلاحظه الآخرين (مقياس الرهاب الاجتماعى) ويغطى هذان المقياسان مدى واسِعاً من المواقف الاجتماعية وكل أنماط الرهاب الاجتماعى الفرعية التى لم تغطِّها المقاييس الأخرى . وحصل «هيمبيرج وموللر وهولت وهوب وليبوويتز (١٩٩٢) على بيانات علمية تؤيد استخدام مقياس قلق التفاعل الاجتماعى ومقياس الرهاب الاجتماعى مع مرضى الرهاب الاجتماعى ، ومثلما تؤيد استخدامها كأداتين لاختبار نمطين فرعيين من مرضى الرهاب الاجتماعى بحيث ميزتا بينهما من ناحية ، وبين عينات من طلاب الجامعة ومن فئات اجتماعية أخرى . وأخيرا ، يشتمل استخبار «ماركس Marks وماتيوس Matheus» للخوف[4] (١٩٧٩) على

(1) Social phobia scale (SPS) .
(2) agoraphobia scale .
(3) Social anxiety interaction scale (SIAS)
(4) Fear questionnaire (FQ) .

مقياس للرهاب الاجتماعى بالإضافة إلى مقياسيْن آخرين للرهاب من الأماكن الفسيحة ، والرهاب من الإصابات الدموية . ويطلب من المرضى تحديد شدة تجنبهم للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعى وفق ترتيب يضم خمسة مواقف للرهاب الاجتماعى . ويعد هذا المقياس أداة مفيدة للغاية إذا ما كان المعالج النفسى بحاجة لدرجتى المقياسيْن الفرعيين الآخرين .

المراقبة الذاتية

لكى نقدم صورة أدق لخبرة مريض الرهاب الاجتماعى بالقلق فى حياته اليومية ، نطلب منه أن يراقب بنفسه مدى حدوث القلق وسلوكه التجنبى يوميا . وتقلل المراقبة الذاتية المعقدة من درجة الإذعان للقلق ، ولكن معظم المرضى يستطيعون اقتفاء أثر القلق بسهولة ، ويضعون تقديرات ذاتية لكيف الأداء فى المواقف الاجتماعية التى تواجههم بشكل تلقائى وطبيعى يوميا . وربما تفيدنا هذه المعلومات للتخطيط للواجبات المنزلية خلال خضوعهم للعلاج المعرفى – السلوكى الجمعى ، ولذا فإن المراقبة الذاتية يجب أن تستمر طوال فترة العلاج كلما كان ذلك ممكنا .

التقدير السلوكي

تقوم البحوث العلمية التى تجرى فى هذا المجال باستخدام اختبار سلوكى أو أكثر وتوظيفها كجزء من التقدير النفسى قبل العلاجى . وعلى الرغم من أن هذه الاختبارات يكون من الصعب توظيفها فى المواطن غير البحثية ، فإن صيغاً مختصرة منها بل ومحدودة يمكن أن تكون ملائمة للاستخدام فى هذا السياق . وفى العادة يطلب من المريض أن يمثل دوره فى واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية التى تؤدى إلى القلق الشديد عبر تغيرات هادئة ترفع معدلاته شيئاً فشيئاً داخله . وعلى المعالج أن يقوم بتقدير معدلات قلقه (أى قلق مريضه) قبل قيامه بأداء هذا الدور ، وعبر نقاط محددة أثناء قيامه بها ، وبعد انتهائه من القيام بأدائه له . ويمكن أن ينطوى التقدير السلوكى على مقاييس أخرى يمكن تطبيقها بسهولة أيضا ، مثال ذلك أن نطلب من المرضى أن يضعوا تقديرات ذاتية لكيف أدائهم أو أن يضعوا قائمة بالأفكار التى راودتهم أثناء تنفيذهم لأسلوب أداء أدوار محددة . كما يتزايد الآن استخدام أجهزة القياس النفسى الفيزيولوجى التى يمكن حملها ونقلها من مكان لآخر ، وخاصة أجهزة قياس نبضات القلب . والوصية هنا

أن نواظب على استعمال هذه الأجهزة كلما كان ذلك ممكنا . كما أن استعمال أجهزة ضربات القلب أصبح ضروريا لفحص مرضى المخاوف المرضية الناجمة عن التخاطب أو التحدث العلنى[1] الذين يظهرون حالة من خفقان القلب الحادة (Heimberg, Hope, Dodge & Becker 1990) . ويمكن للمعالج أن يختار أو يقرر الاختبار الملائم لفحص حدود قدرة المريض على الأداء عندما يكون قلقا وذلك بأن يطلب منه أن يعيش موقفا اجتماعيا محددا لمدة زمنية تتراوح فى العادة بين ٤ – ٥ دقائق ومن ناحية أخرى ، يمكن للمعالج أن يعطى للمريض تصريحاً واضحا وصريحا بأن يتوقف ذاتيا عن الاستمرار فى التعرض للموقف عندما يشتد قلقه ويتزايد ، وبعد ذلك يصبح الهروب من الموقف مؤشرا إضافيا للتجنب الرهابى الاجتماعى . وإذا ما استخدمت هذه الاستراتيجية الأخيرة فى التقدير السلوكى ، فينبغى أن يكون واضحا تماما أنها لن تكون الطريقة الملائمة للعلاج مادام متوقعا أن يستمر المريض فى المواقف الاجتماعية حتى يعطيه معالجة تعليمات أخرى .

وبالإضافة إلى استخدام المعالج للاختبارات السلوكية المقننة والمحددة سلفا بدلا من ذلك أن يشاهد تفاعل المريض مع الآخرين . ومن أهم المواضع التى يمكن مشاهدة المريض أثناءها تفاعله مع المعالج ، ومع المستقبلين له ، ومع موظفى التسجيل من أعضاء الهيئة التمريضية ، وأخيرا مع الآخرين من أعضاء الجماعة عندما تبدأ جلسات العلاج . وتعد المشاهدة فى مواقف الحياة الطبيعية من أفضل طرق التقدير السلوكى ما دامت تخلو من التطفل على حياة المريض ، ومادامت تتم بإذن مسبق ولذا فهى مفيدة للغاية لمعرفة أشد المواقف الاجتماعية إثارة لهلعه ومخاوفه وقلقه ، وهى مشاهدة يمكن للمعالج القيام بها فى ظروف عديدة . ومن أمثلة الظروف التى يمكن مشاهدة المريض فيها واقعيا قيام المريض بإجراء حوار مع بائع أو بائعة فى سوق أو متجر أثناء شرائه لبعض أغراضه الخاصة ، كالملابس أو الأدوات الكتابية أو حتى رزمة من العلكة (اللبان) ، ويقوم المعالج بمشاهدته من مسافة قريبة . ويستطيع المريض أن يزودنا بعديد من التقديرات السلوكية لمثل هذه المواقف بدقة شديدة متبعا أى طريقة من طرق التقدير السلوكى التى عرضنا لها آنفا .

(1) public speaking phabias .

عرض أساليب العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي ونشاطاته

مقابلة التمهيد للعلاج :

بمجرد إنتهاء الاختصاصى النفسى العيادى من إجراء كل عمليات التقدير النفسى لتحديد التشخيص ، ومدى ملاءمة انضمام الحالة لإحدى الجماعات العلاجية ، وفقا للمنظور الذى عرضناه مسبقا ، فيجب أن تستكمل مقابلة التمهيد العلاجى بواسطة واحد أو اثنين من المعالجين للمجموعة ، ولهذه المقابلة أهداف أولية ، هى : أولاً يتعرف المعالج والحالة ، كل منهما بالآخر مادام ذلك لم يحدث بالفعل ، كما تسمح للمعالج بشرح طبيعة العلاج الجمعى على المرضى قبل الدخول فيه . ثانيا ، يعلم المعالج كيفية استخدامها مقياس الوحدات الذاتية للتنغيص[١] (Wolpe & Lazarus, 1966) ، ثالثا ، يعلم المعالج المرضى كيفية تكوين مدرج الخوف والتجنب . رابعا وأخيرا ، يطور المعالج والحالة نوعا واضحا من العقد العلاجى[٢] . وسنعرض لكل هدف منها فيما يلى بالتفصيل .

- **الإحاطة بتفاصيل العلاج**

يتطلب العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى طاقة وجهدا أساسيا وتعهدا من جانب المريض ، ومن ثم فإن أعضاء الجماعة المجهزة للعلاج يحتاجون إلى الإطلاع على تفاصيل العلاج الذى سيخضعون له . ويقوم المعالج بعرض الأسس النظرية لنموذج العلاج المعرفى – السلوكى للرهاب الاجتماعى بمصطلحات مبسطة يمكن فهمها ، ويوضح لهم الكيفية التى يواجهون بها مخاوفهم ، وأن هذا أمرا أساسيا لتغلبهم عليها . وبالإضافة إلى ما سبق يقوم بشرح دور التدخل المعرفى فى مساعدة أعضاء الجماعة للاستفادة من التعرض المباشر ، وأن التعايش مع قلقهم يعد أمراً مؤكدا . وفيما يتصل بمسألة التعرض يقرر عدد من حالات الرهاب الاجتماعى أنهم قاموا بعملية التعرض للمواقف المثيرة ولم يستفيدوا منها . وبالطبع فإنه بسبب أن محاولاتهم العلاجية لم تكن منظمة ، وأن معالجاتهم المعرفية للمخاوف كانت مشوهة ، ففشلوا من الاستفادة ولم يحرزوا تلك الدرجة من التقدم والتحسن الذى كانوا يتوقعونه . كما أن عدداً من أعضاء الجماعة العلاجية قد يخيفهم مجرد التعرض للعلاج الجمعى لما فيه من تفاعل اجتماعى مباشر . ومن

---

(1) Subjective Units of Discomfort Scale (SUDS) .
(2) Treatment contract .

الممكن من خلال شرح طريقة تطبيق الأساليب العلاجية أن تظهر للحالات مزايا العلاج الجمعى كما وصفت آنفا . ويجب على المعالج أن يتجنب المغالاة فى «الترويج» لفوائد الجماعة ، ولكنه من ناحية أخرى عليه أن يسرب حماسته ، ويغرس الأمل داخلهم بأن الفرد سيكون قادرا على القيام بعمل تغييرات جوهرية نتيجة لخضوعه للعلاج .

• **التدريب على الدرجات المتباينة من التنغيص :**

فى هذا العلاج ، تستخدم معدلات التنغيص المتباينة طوال البرنامج العلاجى ، ومن ثم فإنها تستحق التوقف عندها بعض الوقت لنجعلها أكثر صدقاً وثباتاً . أولاً ، يجب على المعالج أن يوضح للحالات أن درجات التنغيص المتباينة تتراوح بين صفر إلى مائة بحيث تتصاعد الدرجات أو المعدلات لتشير إلى درجات متصاعدة من الكرب والتنغيص . ويتم إعداد مقياس كمتصل تقع عليه نقاط محددة تمثلها الدرجات ٢٥ (تمثل القلق البسيط) ، و ٥٠ (تمثل القلق المتوسط أو المعتدل) ، وهنا يبدأ المريض فى المعاناة من التركيز ، وتمثل الدرجة ٧٥ (القلق الشديد ، وتشير إلى المعاناة من أفكار التجنب والهروب) ، وتشير الدرجة ١٠٠ (إلى أشد درجات القلق التى يعانى منها المريض ، أو إلى أشد درجات التصور أو تخيل خبرة القلق) ، ويتم الحصول على كل فئات أو نقاط الدرجات السابقة عن طريق سؤال المريض أن يحدد لنا مواقف اجتماعية محددة أثارت لديه هذا المستوى المحدد من القلق . وإذا ظهر أثناء العلاج أن التقديرات التى حددها المريض يبدو أنها زائفة أو خاطئة ، أو أن المريض اختار بديلاً ما لا يتفق وواقع معاناته من البدائل التى تمثل نقاطاً أو معدلات القلق على مقياس الكرب أو التنغيص ، يقوم المعالج بالإشارة إلى النقاط التى تمثل الفئات المتباينة للقلق حتى يلتزم بها المريض عند تحديد درجة معاناته منه .

• **مدرج الخوف والتجنب :**

إن الجزء الأكبر من مقابلة التمهيد للعلاج ينقضى فى إعداد وتطوير مدرج الخوف الشخصى وتجنب المواقف الاجتماعية المثيرة للرهاب والقلق الاجتماعى . راجع جدول (١ – ٣) الذى يعرض مدرجاً كاملاً تقع عليه عشرة مواقف يمثل كل منها درجة من درجات الخوف ، والتجنب ، والخوف من التقييم السلبى من قبل الآخرين . ومن الأيسر أولاً أن نطلب من المريض أن يقدم لنا بنود المدرج

المحتمل بطريقة المفاكرة أو العصف الذهنى ، ثم بعد ذلك نُرتب هذه البنود ونضع لها درجات محددة . وينبغى أن يشتمل المدرج على مواقف ممثلة لمخاوفه ، وتمثل أهمية له ولأدائه لأدواره فى الحياة . وغالبا ما يظهر موقف ما مرتين على المدرج ، كما فى الجدول (١ – ٣) التالى ، ويختلف على بعد ما من قَبيل العدد أو الألفة بالحضور من الأشخاص الآخرين (ولمزيد من مناقشة هذه النقطة ، راجع هوب ، ١٩٩٣) . ويمكن أن يفيدنا هذا المدرج طوال جلسات العلاج ، لأن المعالجين يحددون طبيعة التعرض العلاجى لهذه المواقف وترتيبها .

جدول (١-٣) مدرج لعينة من المواقف الاجتماعية المثيرة للخوف والتجنب

أسوأ درجات الخوف أن :

أكون على موعد مع شخص ما لا أعرفه جيدا ، لنتناول العشاء معا .

ثانى أسوأ درجات الخوف أن :

أكون على موعد مع شخص ما لا أعرفه جيداً ، ونذهب إلى الخيالة (السينما)

ثالث أسوأ درجات الخوف أن :

أتحدث مع أحد أساتذة الجامعة .

رابع أسوأ درجات الخوف أن :

أدخل فى محادثة عرضية مع شخصية هزلية غريبة .

خامس أسوأ درجات الخوف أن :

أحضر حفلة حيث لا أعرف الضيوف الآخرين تماما .

سادس أسوأ درجات الخوف أن :

أسأل سؤالا فى المحاضرة .

سابع أسوأ درجات الخوف أن :

أدخل فى محادثة عرضية مع سيدة غريبة .

ثامن أسوأ درجات الخوف أن :

أجيب عن سؤال فى المحاضرة .

تاسع أسوأ درجات الخوف أن :

أتحدث مع شخص غريب فى التليفون .

عاشر أسوأ درجات الخوف أن :

أحضر اجتماع عائلى فى منزل أحد الأقارب أو أحد الأصهار .

- **العقد العلاجى**

إن مرضى الرهاب الاجتماعى – وفقا لما تم مناقشته مسبقا مراراً وتكراراً – غالبا ما يخافون من عدد كبير من المواقف الاجتماعية ويتجنبونها ، بحيث يزيد هذا العدد فى العادة عما يمكن إدراجه ضمن خطة العلاج التى تمتد على مدى اثنى عشر أسبوعيا . ولذا فإنه من المهم تماما أن نتفق مع المريض على موقفين أو ثلاثة ينصب عليهم العلاج بالدرجة الأولى . ومن نافلة القول أن نذكر أن المعالج عليه أن يساعد المريض فى اختيار أهداف علاجية محددة ، ولكن القرار النهائى لتحديد تلك الأهداف العلاجية الأكثر أهمية له يتخذه المريض بنفسه . ومن المحتمل تماما أن يتحسن كذلك الخوف والتجنب من المواقف الأخرى ، وخاصة إذا بذل المريض جهدا كبيراً فى توظيف المهارات التى تم تعلمها فى الجلسات العلاجية عند مواجهته لتلك المواقف .

الجلستان الأولي والثانية :

يتم تكريس الجلْستين الأوليْين من العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى للتمهيد وتهيئة المرضى للعلاج وتدريبهم على مهارات إعادة صياغة الأفكار معرفيا ، وهذا من شأنه أن يجعل أعضاء الجماعة العلاجية أكثر ارتياحاً وتقبلا للسياق العلاجى ، ويطورون مزيدا من التماسك ، ويحرزون نوعا من الفهم الأوّلى لإعادة البناء المعرفى قبل الانهماك فى الخبرات العلاجية . ويجب أن نلاحظ أن معظم الإجراءات فى هاتين الجلستين قد حددها «سانك Sank وشافر Shaffer (١٩٨٤) ، كما وصف كل الإجراءات العلاجية للعلاج المعرفى – السلوكى الجمعى بكل تفاصيلها فيما كتبه «هيمبرج» (١٩٩١) .

وتبدأ كل الجلسات بقيام المرضى بالإجابة عن قائمة بك للاكتئاب[1] (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) مما يسمح للمعالجين بتتبع الحالة الانفعالية (الاكتئابية) لكل عضو من أعضاء الجماعة العلاجية على حدة من أسبوع لآخر ، وبصفة خاصة عندما يصعب على أحد مرضى الجماعة مناقشة همومه وما يعانيه من كرب أمام الجماعة . ويمكن أن يستخدم مقياس «ليرى» المختصر للخوف من التقييم السلبى (١٩٨٣) ، الذى أعيدت صياغة تعليماته لتعكس ما تعرض له المريض الأسبوع الماضى من تقييمات سلبية لسلوكه ، بالإضافة إلى مراقبة مدى تقدم أعضاء الجماعة فى التدريب على هذا العنصر العلاجى . وبعد الأسبوع الأول ، وبعد شرح الاستخبارات ، فيمكن وضعها فى بداية الجلسة بحيث يستطيع أعضاء الجماعة أن يجيبوا عنها فى فترة الانتظار التى تسبق بداية جلسة العلاج الجمعى . ويجب أن يقوم المعالجون بمراجعتهم بسرعة قبل أن تجتمع الجماعة أيضاً ، ويناقشوا أى تغيرات يلاحظونها ، أما أثناء انعقاد الجلسة أو بعد انتهائها مع كل مريض على حدة .

جدول (٢ - ٣) : إطار عمل لإجراءات العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى فى الجلسة الأولى

١ - يجيب المرضى عن أسئلة قائمة بك للاكتئاب أو أى استخبارات بديلة أخرى .

٢ - القيام بالتهيئة والتمهيدات وعمل المقدمات اللازمة .

٣ - يقوم المعالجون بمراجعة القواعد الأساسية للعلاج النفسى .

٤ - مشاركة أعضاء الجماعة ، كل منهم على حدة ، فى تحديد مخارفه الاجتماعية وأهداف العلاج .

٥ - يقوم المعالجون بوصف النموذج المعرفى - السلوكى للرهاب الاجتماعى ومنطق علاجه .

٦ - قيام المعالجين بتقديم تدريب أولى لكيفية إعادة صياغة الأفكار معرفيا .

أ - التمرين الأول : يقوم المعالج بتحديد الموقف الشخصى الذى طرحه المريض .

---

(1) Beck depression inventory (BDI) .

ب – التمرين الثانى : يقوم أعضاء الجماعة بالمشاركة فى مناقشة الأفكار التلقائية التى وردت إلى أذهان كل عضو منهم على حدة لأول مرة .

٧ – تحديد الواجبات المنزلية .

الجلسة الأولي

يعرض الجدول (٢ – ٣) لإطار عمل لإجراءات الجلسة الأولى ومهماتها . وبعد أن يقوم كل عضو بالإجابة عن أسئلة الاستخبارات ، وبعد أن يتعرف المعالجون وأعضاء الجماعة ، كل منهم على حدة ، ويقدم كل منهم نفسه للآخرين باختصار ، بحيث يذكر اسمه ويعطيهم فكرة أو اثنتين عن نفسه ، يقوم المعالجون بعرض إطار العمل الخاص بإجراءات الجلسة وما يشتمل عليه بنقاط أساسية ، كأهمية التحاق كل عضو بالجماعة ، والمشاركة الإيجابية ، وإنجاز الواجبات المنزلية ، والسرية . ومن المفيد جداً للجميع أن يقوم كل من المعالجين وكل عضو من أعضاء الجماعة بتوقيع نوع من التعاقد غير الرسمى ، يؤكدون فيه جميعاً قطع عهود على أنفسهم ، كل منهم على حدة ، بالاحتفاظ الشديد بسرية ما يدور فى الجلسات .

وبعد مراجعة كل هذه التفاصيل التنظيمية ، يقوم كل عضو بعرض مخاوفه الاجتماعية باختصار ، والمشاركة فى تحديد أهداف العلاج . ويساعد المعالجون المرضى المتحفظين قليلى الكلام على التحدث ، وإدراك أوجه الشبه بين أعضاء الجماعة (من حيث المواقف المتشابهة فى قدرتها على إثارة المخاوف وفى أعراض القلق الاجتماعى المتشابهة) . إن ذلك من شأنه أن يعمل على تماسك الجماعة العلاجية ، لأن أعضاءها يكتشفون أن الآخرين يعانون من أعراض شبيهة بأعراضهم .

ويكرس القسط الأكبر من زمن الجلسة الأولى لمناقشة النموذج المعرفى – السلوكى للرهاب الاجتماعى (Beck & Emery, 1985) . ويجب أن يسمع أعضاء الجماعة شرحا لهذا النموذج يزيد أضعاف أضعاف ما سمعوه عنه فى المقابلة التمهيدية للعلاج . ويتيح عرض هذا النموذج فهما عاما وأسلوبا يمكن فى ضوئه مناقشة الرهاب الاجتماعى ويعزز من شأن هذا العلاج فى نظرهم . ويوصف الرهاب الاجتماعى على أنه استجابة متعلمة تتفاعل مع الجوانب والمتغيرات الفيزيولوجية والسلوكية (التجنب ولخبطة الأداء) والمعرفية . وتؤكد العناصر

المعرفيـة دور الأفكار الآلية[1] فى رفـع معدلات القلق الاجتماعـى واستمراريته . ولقد تم وصف مكونات العلاج الثلاثة وهى ، التعرض بأداء الأدوار فى الجماعة العلاجية ، وإعادة الصياغة المعرفية ، وواجبات التعرض المباشر فى الحياة الفعلية ، فى سياق عرض النموذج المعرفى – السلوكى للرهاب الاجتماعى .

أما الجزء الأخـير من زمن الجلسة الأولى ، فيكرس للتدريب على إعادة صياغة الأفكار الآلية معرفيا . وينصب التمرينان الأوليان على تحديد الأفكار الآليـة وإلقاء نظرة شاملة على الاستراتيجيات التمهيدية التى سيواجهون بها هذه الأفكار ، وهى الاستراتيجيات التى سيتم تعلمها فى الجلسة الثانية . ويقوم أحد المعالجين ، خلال عرضه للتمرين الأول بتوظيف موقف اجتماعى شخصى ، ويضع من خلاله على السبورة أمامهم ، قائمة بالأفكار الآلية التى تنبثق عنه وعليهم مواجهتها . كما يمد المعالجون أعضاء الجماعة بقائمة من الأسئلة التى يمكن استخدامها فى مقاومة هذه الأفكار ، وتشجيعهم على تحديد اللامعقولية فيها ، ثم يقوم المعالجون وأعضاء الجماعة بتوليد الأدلة والحجج المنطقية المضادة لها . ويسمح هذا التمرين لأعضاء الجماعة أن يروا كيفية تطبيق الأساليب والعلاجات المعرفية بغض النظر عن مواجهتهم للفكرة التى جعلها تفكيرهم التلقائى فكرة غير منطقية أو غير معقولة . أما فى التمرين الثانى ، فيقوم أعضاء الجماعة بتحديد أفكارهم التلقائية التى شغلتهم قبيل انضمامهم للجماعة مباشرة ، ويقوم بتسجيلها أحد المعالجين على السبورة . وتنتهى الجلسة بقيام اثنين من المعالجين بشرح كيفية معالجة أفكارهما التلقائية؛ بحيث يقوم أحدهما بأداء دور المريض الذى يعانى من أفكاره التلقائية ، فى حين يؤدى المعالج الثانى دور من يصحح هذه الأفكار بحيث تصبح منطقية ، وعقلانية ، ومقبولة .

وتتكون واجبات الجلسة الأولى المنزلية من تسجيل اثنين أو ثلاثة من المواقف الاجتماعية المثيرة للقلق على مدى أسبوع ، بالإضافة إلى تسجيل قائمة بالأفكار التلقائية العديدة والمتصلة بكل موقف من هذه المواقف . وتعطى هذه الواجبات لأعضاء الجماعة الفرصة الأولى لمراقبة أفكارهم التلقائية ومحاولة السيطرة عليها .

---

(1) automatic thoughts (Ats) .

الجلسة الثانية

ويلى عملية الإجابة عن المقاييس والاستخبارات ، قيام أعضاء الجماعة بمراجعة واجبات الأسبوع الماضى المنزلية (كما يكشف عنها الجدول ٣ : ٣) . ويتم تسجيل اثنين أو ثلاثة من الأفكار التلقائية لكل عضو من أعضاء الجماعة على السبورة ، وهى الأفكار التى قاموا بتحديدها ضمن الواجبات المنزلية السابقة . ويقوم المعالجون بعد ذلك بتبويب إحدى قوائم الأفكار المشوهة أو بيان ما فيها من تشويهات معرفية ، وفقا لما وضحته أعمال «بيرنز Burns (١٩٨٠) وبيرسونز Persons (١٩٨٩) . ويتم وصف أى تشويه معرفى أو أى خطأ منطقى فى التفكير باختصار . ثم بعد ذلك تقوم المجموعة كلها بالتعاون فى تحديد التشويه المعرفى الذى تنطوى عليه كل فكرة من الأفكار التلقائية التى تم تسجيلها كواجب منزلى خلال الأسبوع الماضى .

جدول (٣ – ٣) إطار عمل لإجراءات العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى فى الجلسة الثانية

١ – أجب عن أسئلة قائمة بك للاكتئاب أو أى استخبار آخر كبديل لها .

٢ – راجع الواجبات المنزلية التى قام المرضى بإنجازها طوال الأسبوع الماضى .

٣ – استمر فى التدريب على كيفية إعادة صياغة الأفكار معرفيا .

أ – يعرض المعالجون بالشرح لمفهوم «التشويه المعرفى»[(١)] .

ب – التمرين الثالث يتم فيه قيام المجموعة بتحديد التشويهات المعرفية التى تنطوى عليها الأفكار التلقائية التى تم وضعها من خلال الواجب المنزلى فى الأسبوع الماضى .

ج – يعرض المعالجون بالشرح لكل ما يتم طرحه من حجج وآراء واستجابات منطقية عقلانية .

د – وفى التمرين الرابع ، يتم التدريب على النص والحوار التخيلى أو التصورى[(٢)] .

---

(1) cognitive distortions .

(2) imaginable scenario .

هـ - وفى التمرين الخامس ، تقوم الجماعة بمناقشة الأفكار التلقائية التى أفرزتها الواجبات المنزلية ويطورون استجابات عقلانية .

٤ - تحديد الواجبات المنزلية .

أما الخطوة الثانية في أسلوب إعادة صياغة أو بناء الأفكار معرفيا ، فهى تفنيد أعضاء الجماعة للأفكار التلقائية وتطوير الاستجابات العقلانية أو الحجج والبراهين المنطقية . ويتم إنجاز هذه المهمة العلاجية وفقا لطريقة «سانك Sank وشافر Sahffer (١٩٨٤) والمعروفة باسم «طريقة الدفع بالحجج والبيّنات الصائبة»[1] ، وهى عبارة عن أسئلة عامة وشاملة (مثال ذلك ، هل لى أن أعرف كيف تأكدت أن هذه الفكرة ستحدث فعلا؟) يمكن أن تطبق على كل الأفكار التلقائية . وينبغى أن ندمج بين إجابات الأسئلة لتصبح واحدة أو اثنتين من الإجابات العقلانية . وقبل تطبيق هذا الإجراء على أفكارهم الناتجة عن قيامهم بواجباتهم المنزلية ، يقوم المعالجون بوصف حوار ما يوظفه معظم الأشخاص عندما يواجهون مواقف مثيرة للقلق (مثال ذلك عندما يدعى أحدهم للمثول أمام القاضى أو مكتب العميد) ، وسينشأ عن هذا الحوار التخيلى مجموعة من الأفكار التلقائية التى ستسجل على السبورة ، ليقوم أعضاء الجماعة متعاونين بتحديد التشوهات المعرفية فى كل فكرة تلقائية على حدة ، طارحين تساؤلات عامة حولها مستخدمين البينات الصائبة ، ويجيبون عن هذه التساؤلات ليصلوا إلى تكوين استجاباتهم العقلانية . وعندما يفهم أعضاء الجماعة الإجراء الأساسى لهذا الأسلوب العلاجى ، تعود الجماعة لأفكارها التلقائية التى أفردتها واجباتهم المنزلية لتفنيدها بالطريقة السابقة نفسها .

ويتضمن الواجب المنزلى للجلسة الثانية ، تسجيلا للأفكار التلقائية الناجمة عن المواقف الاجتماعية المثيرة للقلق ، كما حدث فى الأسبوع السابق ، ولكنهم بعد ذلك يقومون بتحديد التشويهات المعرفية ، والتساؤلات حول هذه الأفكار التلقائية ، وتطوير الاستجابات العقلانية . وهكذا ، فإن أعضاء الجماعة يحضرون الجلسة الثالثة ، وهم يمارسون لأول مرة نوعا من التعرض يحاكى التعرض المباشر لمواقف اجتماعية حقيقية يتسق ومنطق أساليب العلاج المعرفى .

(1) dispute handles .

الجلسات من الثالثة إلي الحادية عشر

تتبع الجلسات من الثالثة وحتى الجلسة الحادية عشرة صيغة شبيهة بإطار العمل الذى يعرضه الجدول (٤ – ٣) ، وذلك بعد إكمال الإجابة عن الاستخبارات، ومراجعة واجبات الأسبوع الماضى المنزلية . ويقوم أعضاء الجماعة بقضاء معظم وقت الجلسة الثالثة فى التدريب بهدف إتقان أسلوب أداء أدوار التعرض التى تحاكى عمليات التعرض المباشر فى الحياة الواقعية . ويجتمع المعالجون بين الجلسات ، ويخططون لأداء دور التعرض لكل عضو من أعضاء الجماعة ، والوضع أو الحالة التى سيقوم بإنجازها . ولذا فإنه إذا غاب أحد الأعضاء بشكل غير متوقع ، فيمكن لأى عضو آخر أن يحل محله ويقوم بأداء دوره . ويتم التدريب بشكل روتينى فى كل جلسة على ثلاثة مواقف للتعرض ، مثلما يسمح لكل عضو فى جلسة من الجلسات التالية بتعرض واحد يقوم به كل عضو من أعضاء الجماعة الستة . وتنتهى كل جلسة بتحديد الواجبات المنزلية للأسبوع التالى . وتتكون هذه الواجبات من التعرض المباشر فى الحياة الواقعية حالما ينتهى المريض من أول مرة تعرض فى الجلسات السابقة . ويستمر المريض فى القيام بالواجبات المنزلية المتصلة بإتقان أساليب العلاج المعرفى وإعادة صياغة أو بناء الأفكار معرفيا بدء من الجلسة الثانية .

تصميم مواقف التعرض التقليدي

تتكون مواقف التعرض التقليدى من أداء الأدوار فى المواقف الاجتماعية المثيرة للقلق . ويقوم المعالجون ، وأعضاء الجماعة الآخرين ، وأى أفراد يحضرون الجلسة العلاجية ، بالمشاركة فى التدريب على أداء الأدوار . ويتم تقديم مواقف التعرض فرادى ، بحيث تتدرج من مجرد محادثة ما مع شخص غريب إلى القيام بعرض موضوع ما أمام كل الهيئة العلاجية .

جدول (٤ – ٣) ، يعرض لإطار عمل لإجراءات العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى للجلسات من ٣ – ١١

١ – أكمل قائمة بك للاكتئاب أو أى استخبار بديل آخر .

٢ – راجع واجبات الأسبوع الماضى المنزلية .

٣ – أكمل ثلاثة مواقف وثلاثة تعرضات لها فى الجلسة .

أ – اختر واحدا من أعضاء الجماعة وحدد له باختصار أحد المواقف للتعرض له .

ب – استخرج من الموقف الاجتماعى الأفكار التلقائية .

ج – اختر فكرة واحدة منها أو اثنتين لإخضاعها لمزيد من التفنيد والمناقشة.

د – صنف التشويهات المعرفية التى اشتملت عليها الأفكار التلقائية .

هـ – افحص تلك الأفكار التلقائية التى تم اختيارها مستخدما الدفع بالحجج العقلانية(1) .

و – طور استجابة أو اثنتين من الاستجابات العقلانية .

ز – اعرض لتفاصيل أحد مواقف التعرض .

ح – عين هدفا سلوكيا فجا ومشوها .

ط – أكمل أداء الدور .

ى – استخرج معلومات من التعرض للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعى .

١ – راجع المكاسب العلاجية المستهدفة .

٢ – راجع بعض النشاطات الأخرى التى تكون مناسبة للأهداف العلاجية .

٤ – حدد الواجبات المنزلية .

ويجب أن يتم التعرض الأول لموقف ما ، يكون قد حصل المريض فيه على الأقل على درجة على مقياس الشعور بالتنغيص قدرها خمسينا ، مع مراعاة أن يتم التعرض المتتالى عبر مدرج الرهاب والقلق الاجتماعى بأسرع ما يمكن أن يتحمله هذا المريض . ومن المهم أن نأخذ فى حسابنا – عند اختبار المواقف الاجتماعية المثيرة للقلق الاجتماعى – أن كل عضو من أعضاء الجماعة سيخصص له فى كل جلسة من جلسات العلاج كاملا ست مرات تعرض تقريباً .

وينبغى أن تصمم مواقف التعرض لتكون أكثر واقعية بقدر الإمكان ، وذلك عن طريق إعادة ترتيب أثاث حجرة العلاج ، مستخدمين كل وسائل الإخراج العلاجى الفعالة ، مع إعطاء تعليمات للمشاركين من أعضاء الجماعة العلاجية فى

(1) the dispute handles .

أداء الأدوار بطرق وأساليب محددة . إن جزءاً من المجهود الذى نبذله فى جعل الموقف أكثر واقعية يمكن أن يمثل الفارق بين تعرض ما يمكن أن ينتج عنه درجة مرتفعة من القلق الاجتماعى ، وآخر يمكن أن يكون زائفا بحيث نتبين منه مجرد وجود صلة بالموضوع أو الموقف المثير لهذا القلق . كما يشيع استخدام أدوات لإخراج الموقف بشكل طبيعى ، تشتمل على طعام أو شراب للأفراد الذين يعانون من مخاوف مرتبطة بمواقف تناول الطعام ، والشراب ، أو تناول الوجبات أمام الآخرين ، أو المرضى الذين يرهبون العمل فى المطاعم أو تقديم الطعام لمرتاديها . وينبغى أن ننتبه جيدا لجوانب الموقف التى تجعله أشد أو أقل إثارة للقلق . ولذا فإن المتحدث أمام جمهور غفير ، ويعانى من الرهاب الاجتماعى ، يكون دائم القلق بسبب خوفه الدائم من عجزه عن متابعة أسئلة هذا الجمهور والرد عليها ، فى حين أنه يمكن أن يكون أقل قلقا إذا ما كان يخطب أو يلقى خطابا معدا مسبقا بعناية أمام جمهور صامت لا يناقش ما يسمعه منه . ويمكنك مراجعة عرضا للحالة التى عرضنا لها فى نهاية الفصل للوقوف على مزيد من الاعتبارات التى يجب مراعاتها عند تطبيق أسلوب التعرض .

التكامل بين إعادة البناء المعرفي والتعرض للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعي

يمثل التكامل والتآزر التام بين المهمات أو الأساليب المعرفية والتعرض المباشر للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعى ، جوهر العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى . وكما هو واضح من الإطار الشارح الذى عرض له جدول (٤ – ٣) السابق لتقديم إحدى الحالات ، فإن هذا التكامل قد تم التوصل إليه عن طريق المزج بين النشاطات المعرفية ونشاطات التعرض للمواقف ، حينما تم التدريب عليهما لأول مرة فى الجلسة الثانية . ويقوم أحد المعالجين – بعد اختيار أحد أعضاء الجماعة العلاجية للتعرض التالى – بوصف الموقف المثير للرهاب الاجتماعى فى ثلاث أو أربع جمل (عبارات) ، ثم يستخرج الأفكار التلقائية المتصلة بهذا الموقف كما يذكرها المريض ومن خلال مساعدته على تفنيدها ، بينما يقوم المعالج الثانى بتسجيلها على السبورة المحمولة . وفى اللحظة التى تم خلالها تحديد أبرز هذه الأفكار وأوثقها ارتباطا بالموقف ، ينتقى المعالج منها فكرة واحدة أو اثنتين على الأكثر لإخضاعها لمزيد من التفنيد والتوضيح وبيان عدم معقوليتها . ومن أهم أسس اختيار هاتين الفكرتين أن تكونا متضمنة تشويها معرفيا واضحا للأذهان ، ولها صلة قوية بخبرة القلق الاجتماعى لدى المريض ، وأن

تتضمن الفكرة تحدياً للمريض فى اللحظة التى سيقوم بتفنيدها والتعرض للموقف الذى أثارها . كما تقوم الجماعة العلاجية بكل أفرادها بمساعدة المريض فى وصف التشويهات المعرفية ، والقضاء عليها عن طريق الدفع بالحجج العقلانية ، وتطوير استجابات منطقية . ولابد أن يتحمل المعالجون فى الفترة المبكرة لتطبيق هذا العلاج ، يتحملون كثيراً من المسئوليات تجاه التدريب ومرضاهم ، وعليهم تبنى نموذج المنحى السقراطى[1] فى هذا الخصوص . على أية حال ، فإنه مع تقدم العلاج وإتقان المرضى للتدريب على مواجهة الأفكار التلقائية ، فإنهم سيصبحون أشد قوة فى تحديها والقضاء عليها نهائيا . وعندما يتم تطوير الاستجابات المنطقية، تتم كتابتها على السبورة طبقا لوجهة نظر المريض أثناء التعرض بالمحاكاة .

ويتم مناقشة تفاصيل التعرض بعد الانتهاء من إنجاز العمل المعرفى المبدئى. ويجب مساعدة العضو المتدرب فى الجماعة العلاجية عن طريق تزويده بكثير من التفاصيل الضرورية ، مثل تحديد الموضع أو المكان الذى سيقوم فيه بأداء الدور عند التدريب ، والسلوك المتوقع من المشاركين معه فى التفاعل الاجتماعى من أعضاء جماعته . ويلى ذلك تحديد الهدف السلوكى المشوه المطلوب التعرض للموقف الذى أثاره بغرض تصحيحه . وغالباً ما يتطلب هذا الأمر بعض المفاوضات لأن مرضى الرهاب الاجتماعى يميلون إلى تبنى الأهداف غير الواقعية أو التى لا تقبل القياس (من قبيل ، أننى لست قلقا أو إننى لم أتعثر عند التحدث أمام الآخرين مطلقاً) .

ويقوم أحد المعالجيْن – أثناء عملية التعرض ذاتها – بتطبيق مقياس درجات التنغيص ذى المسافات المنتظمة متى ظهر أن القلق الاجتماعى بدأ يقل ويتناقص. ويقوم المريض المستهدف بالعلاج – عند كل درجة من درجات شدة التنغيص المتدرجة – بقراءة استجاباته المنطقية (المكتوبة على السبورة أمامه) بصوت مرتفع . وغالباً ما يتوافق المرضى مع هذه الدرجة من درجات التنغيص بسرعة ، خاصة إذا ما ساعدهم القائم بأداء الدور على إعادة صياغة أبنيتهم المعرفية بإحدى الهاديات اللفظية[2] (من قبيل : خد بالك ، إنك تتحدث عن ...) . وهكذا ينبغى أن تستمر عملية التعرض العلاجية بدءً من أقل درجة من درجات التنغيص التى تثير

(1) Socratic approach .
(2) verbal cue .

القلق وحتى نصل فى هذا المتصل إلى المواقف التى تتدرج من خمس إلى عشر درجات ، حيث يبدأ القلق فى التناقص تدريجيا ، أو تأخذ الدرجات على هذا المقياس شكل الهضبة ، ومن ثم يكون قد تحقق الهدف من الجلسة العلاجية .

ويدخل ضمن المعلومات التى نحصل عليها من عملية التعرض العلاجية مراجعة المكاسب العلاجية ، ومناقشة مدى توظيف الاستجابات العقلانية ، وتحديد الأفكار التلقائية غير المتوقعة التى يمكن التعامل معها مستقبلا . وربما يكون من المفيد كذلك ، مراجعة درجات التنغيص النموذجية التى قدمها المريض المستهدف بالعلاج أو تطلب من أعضاء الجماعة العلاجية أن يقدموا انطباعاتهم حول أداء المريض أثناء التدريب على التعرض للمواقف المثيرة للقلق الاجتماعى . إن أحد الأهداف الأساسية لاستنباط المعلومات من مواقف أو عملية التعرض ، هو تحديد أى الأفكار هى التى عملت على استثارة القلق وزيادته (أى الفكرة اللاعقلانية) ، وفى الوقت نفسه عملت على تقليل استثارة أو توليد الأفكار المنطقية العقلانية . وأخيرا ، يقوم باقى أعضاء الجماعة بتهنئة العضو الذى كان مستهدفا بالعلاج لشجاعته النادرة فى مواجهة المواقف المخيفة ، ثم يبدأ تطبيق الإجراء العلاجى نفسه مرة ثانية مع العضو التالى ، وهكذا .

الجلسة الثانية عشرة

إن التقدم العلاجى الحاصل فى النصف الأول من هذه الجلسة الأخيرة يكون شبيها بنظيره الذى حدث فى الجلسات التسع السابقة (راجع الجدول ٤ – ٣ السابق) ، أما النصف الأخير منها فيكرس لمراجعة مدى تقدم أعضاء الجماعة ودرجة تحسنهم بالنسبة لبعضهم بعضا ، ولتحديد استجاباتهم العقلانية المهمة التى هم فى حاجة لها للاستمرار فى توظيفها لمصلحتهم مستقبلا ، ولتعيين الأهداف التى سيستمرون فى التدريب من أجل تحقيقها بعد الانتهاء من العلاج . وتنتهى الجلسة بإتاحة وقت قصير اجتماعى تسوده أنماطا من الدفء والمودة بين أعضاء الجماعة المستهدفة بالعلاج ، مما يتيح الفرصة أمامهم لتوديع بعضهم بعضا ، والعمل على إنهاء الجلسات العلاجية بشكل سار .

عرض لإحدي الحالات

فيما يلي سنقدم عرضا نموذجيا لإحدى الحالات لنصور من خلاله كيف يمكن تنفيذ العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى بوضوح ، وتطبيقه بدقة متناهية .

أولا ، يجب أن نعرف خلفية مبسطة عن الحالة ، ثم نحصل على مزيد من البيانات عنها من خلال القياس القبلي تمهيدا للعلاج النفسى ، ويلى ذلك تقديم وصف لمدى تقدمها عبر الجلسات العلاجية الاثنتى عشرة ، مما يزودنا بأسس دقيقة لإحداث التكامل بين أساليب إعادة البنية أو صياغة الأفكار المعرفية واستخدام أسلوب التعرض فى كل جلسة ، وتعيين الواجبات المنزلية . وأخيرا ، نحصل على بيانات من خلال القياسات التى نجريها للحالة خلال ستة شهور من المتابعة ، ومن الاتصال غير الرسمى بها على مدى سنة كاملة بعد انتهاء العلاج ، وسنقدم وصفا لهذه البيانات .

حالة كاثى Kathy" كانت تبلغ من العمر تسعة عشر عاما ، وكانت قد أنهت عامها الجامعى الأول عندما جاءت إلينا طلبا للعلاج من مخاوفها أو رهابها الاجتماعى . وكانت أصغر إخوتها الثلاثة الذين كانوا يعيشون مع والديهم ، اللذين كانا فى الخمسينيات من العمر . وكانت قد خبرت أول نوبة من نوبات الرهاب الاجتماعى فى عامها الخامس عشر ، وكانت تنكر وجود أى صعوبات مرت بها خلال تنشئتها الاجتماعية فى الأسرة أو فى المرحلة الابتدائية أو فى المرحلة الوسطى والثانوية . وأقرت أنها نادرا ما شربت مسكرات ، ولم تتعاط مطلقا أى مواد مخدرة طبيعية أو مخلقة محظورة قانونيا . وتقول إنها قد التحقت بإحدى الكليات المحلية الصغيرة بحيث لا تقيم بعيدا عن الأسرة ، وحيث يعود غالبية الطلاب إلى ذويهم . إن هذا الوضع الخاص قد جعل من الصعوبة بمكان عليها ، أن يكون لها أصدقاء ، لأن حياتها بدت كما لو كانت تعيش فى معسكر صغير ، ثم بدا لها مؤخرا أنها قد اختارت هذه الكلية الجامعية جزئيا ، لأن مطالب التفاعل الاجتماعى فيها محدودة للغاية .

إن مخاوف «كاثى» الاجتماعية قد قللت تفاعلاتها الاجتماعية ، كما حدت من حياتها بحيث قصرتها على عدد محدود من أساليب التفاعل وطرائقه ؛ واقعيا ليس لها أى صداقات حميمة ، وعادة ما كانت تقضى فصلا دراسيا كاملا فى صفها الدراسى من دون أن تعرف اسما واحدا من أسماء زملائها فيه . وكانت فى كل عام من حياتها تواجه بيومين من أيام حياتها ، تصفهما كلاهما بأنهما يومان «مدمران» لها ، لما يسببانه لها من خوف ورهاب مميت . ولكنها – مع ذلك – كانت أكثر ثقة فى مواقف التحصيل العلمى ، لأنها عادة ما كانت توجه بعض الأسئلة ، وتجيب عن بعضها الآخر إذا ما وجهت لها فى الفصل ، وكانت تلتقى

على انفراد بأساتذتها ، على الرغم من أن ذلك يسبب لها بعض التنغيص ، ولقد قررت أن اهتمامها سينصب على حصر اهتمامها – عند اختيار مهنتها – على الوظائف والمهن التى تتطلب أدنى قدر من التفاعلات الاجتماعية والشخصية المتبادلة . وفى الحقيقة فإن «كاثى» لم تسع مطلقا للعمل فى الصيف من كل عام – كما يفعل بعض الطلاب ، لأنها شديدة القلق والخوف من إجراء المقابلات واللقاء مع أى غرباء .

وبدأت مجموعة كاثى العلاجية فى آخر الصيف ، عندما عثرت على وظيفة لبعض الوقت فى أحد المشاريع التجارية الصغيرة نسبيا . وأتاحت لها هذه الوظيفة أول فرصة لمواجهة صعوبات عملية التفاعل الاجتماعى خارج نطاق أسرتها فى فصل الصيف . وهكذا بدا لها أن كل السنوات الدراسية قد تجمعت فى كل واحد ، حيث المزيد من الفرص للتفاعل الاجتماعى اللامحدود مع أقرانها .

التقدير النفسي الإكلينيكي قبل العلاج

تلقت كاثى علاجا نفسيا كجزء من سلسلة لمجموعة من الدراسات المتواصلة بهدف تقييم مدى فعالية العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى . وتعرضت كاثى لإجراء مقابلة تشخيصية كجزء من التقدير النفسى العيادى[١] المقنن الذى يتم عادة قبل تقديم العلاج ، وكتمهيد له ، ومن ثم فقد أجابت عن أسئلة «مقابلة» مقننة تعرف بقائمة أو جدول مقابلة اضطرابات القلق – الصيغة المعدلة[٢] (ADIS-R; Dinard & Rarlow, 1988) وينظر لهذه المقابلة على أنها مقابلة تشخيصية نصف مقننة تعكس وصف الدليل التشخيصى والإحصائى فى طبعته الثالثة (DSM-III-R) المعدلة الصادرة عام ١٩٨٧ عن رابطة الطب النفسى الأمريكية ، لاضطرابات القلق ، بحيث ينتج عنها تدريجا رتبيا عاما لحدة أعراضه الكلينيكية مثلما ينتج عنها تماما معلومات تشخيصية أخرى ، مثلها فى ذلك مثل «تقدير المعالج لحدة[٣] الأعراض» . كذلك تم تشخيصها مبدئيا بأنها تعانى من الرهاب الاجتماعى ، وحصلت على تقدير لحدة الأعراض النوعية من قبل أحد الأطباء يساوى خمس درجات ، مما يشير إلى أن حدة أعراضها واضطراباتها عند التفاعل الاجتماعى تعد حدة معتدلة . إن حصول الحالة على أربع درجات أو أكثر على

(1) pretreatment assessment .
(2) Anxiety disorders interview schedule - Revised (ADIS-R)
(3) clinician's severity rating (CSR) .

مقياس الطبيب أو المعالج لحدة الأعراض ، يؤهله للمشاركة فى هذه الدراسة العلاجية .

وقامت كاثى خلال إجراء المقابلة التمهيدية للعلاج المشار إليها مسبقا ، بعمل مدرج للمخاوف والتجنب بإشراف أحد معالجى المجموعة العلاجية التى انخرطت فيها (راجع جدول ٥ – ٣) . فقد تدرجت المواقف من أشدها صعوبة عليها (مثل موقف تناول العشاء مع شخص آخر للتعارف إلى أدناها صعوبة ، مثل تجمع الأسرة الممتدة فى منزل أحد الأقارب) . وبعد تكوين هذا المدرج ، كان على كاثى أن تعطى تقديرا ذاتيا لمدى تأثير كل موقف من المواقف الاجتماعية التى يضمها هذا المدرج وفق ثلاثة مقاييس بحيث تكون الدرجة على كل مقياس فرعى من مائة كحد أقصى (وتشير التقديرات المرتفعة لأقصى درجات حدة الرهاب الاجتماعى) ، وهذه المقاييس الثلاثة هى ، إلى أى مدى أصبحت كاثى تعانى من الرهاب الاجتماعى قبل العلاج أو إلى أى مدى ستصبح مرعوبة من الموقف الاجتماعى ، أو إلى أى مدى يمكنها تجنب هذا الموقف ، وإلى أى مدى كان اهتمامها منصبا على الخوف من تقييم الآخرين سلبيا لها فى الموقف الاجتماعى (ويعرض الجدول ٥ – ٣ لهذه التقديرات قبل العلاج) . ولقد اتفق المعالج مع كاثى أثناء المقابلة على أن هدف العلاج المبدئى سيكون محاولتها تقليل خوفها عند التفاعل الاجتماعى مع الأقران .

وأجابت كاثى كذلك عن أسئلة بطارية من الاستخبارات واختبارا سلوكيا فرديا . واشتملت البطارية على استخبارات بك للاكتئاب (Beck et al., 1961) ، ومقياس واطسون Watson وفريند Friend (١٩٦٩) للتنغيص والتجنب الاجتماعى ، ومقياس الخوف من التقييم السلبى ، واستخبار الخوف لكل من ماركس وماتيوس (١٩٧٩) . ويعد مقياس بك للاكتئاب من أكثر المقاييس المستخدمة شيوعا وتطبيقا ويتراوح مدى الدرجات عليه وفقا للتقدير الذاتى من صفر إلى ثلاث وستين درجة . وتتسق الدرجة ثلاثة عشرة التى حصلت عليها كاثى على هذا المقياس مع درجات مرضى الرهاب الاجتماعى الذين يخضعون للعلاج بهذا البرنامج (Etling, Hope, & Heimberg, 1992) . كما حصلت على إحدى وعشرين درجة على مقياس التنغيص والتجنب الاجتماعى ، وتتراوح الدرجات على هذا المقياس بين صفر وثمان وعشرين درجة ، وتدور درجات مرضى الرهاب الاجتماعى عليه حول عشرين درجة (Elting et al., 1992) .

وحصلت كاثى على الحد الأقصى للدرجات على مقياس الخوف من التقييم السلبى لسلوكها الاجتماعى ، وهو ثلاثين درجة ، ومن النادر حصول أحد مرضى الرهاب الاجتماعى على هذه الدرجة ، لأن متوسطهم على هذا المقياس هو ٢٤,٢ درجة (Elting et al., 1992) . ولكى نقدر مدى حدة المعاناة من المخاوف لدى كاثى ، علينا معرفة أن درجات عينات طلاب ما قبل التخرج الجامعيين غير المصنفين كلينيكيا يدور متوسطها حول أقل من عشر درجات على كل من مقياسى الخوف من التقييم السلبى (م = ٩,١١ ، ع = ٨,٠١) والتنغيص والتجنب الاجتماعى (م = ٦,٦٨ ، ع = ٥,٥٣) (Heimberg, 1988) .

وطلب من المرضى – وفقا لدرجة كل منهم على الاختبار السلوكى الفردى (الموقفى) – أن يؤدى كل منهم دور الفرد الذى استثار أحد المواقف الاجتماعية قلقه بشدة ، بحيث بلغت درجته على مقياس وحدات التنغيص الاجتماعى خمسا وسبعين درجة على الأقل . وعلى الرغم من أن بعضهم يكون على دراية بالطبيعة العامة للاختبار السلوكى (الموقفى) كجزء من الاتفاق المبدئى ، فإنهم لا يكونون على دراية بالموقف المحدد الذى سيقومون بتمثيله إلى أن يبدأ الاختبار.

جدول (٥ – ٣) يوضح مدرج الخوف والتجنب لدى كاثى قبل العلاج، وبعده ، وعلى مدى ستة شهور من المتابعة

المواقف	فترة التقدير النفسى	الخوف	التجنب	التقييم السلبى
أول أشد المواقف إثارة لخوفي :	قبل العلاج	٨٠	٧٥	٩٠
عندما أضرب موعدا مع شخص لا أعرفه	بعد العلاج	٩٠	٧٠	٨٠
جيدا لتناول العشاء معه .	أثناء المتابعة	٧٠	٤٠	٧٠
ثانى أشد المواقف إثارة لخوفي :	قبل العلاج	٧٠	٧٠	٩٠
هو الموقف السابق نفسه ولكن كان الموعد	بعد العلاج	٨٠	٦٠	٧٠
في الخيالة (السينما) .	أثناء المتابعة	٥٠	٤٠	٧٠
ثالث أشد المواقف إثارة لخوفي :	قبل العلاج	٦٠	٥٠	٧٠
عندما أتحدث مع أستاذي .	بعد العلاج	٥٠	٤٠	٦٠
	أثناء المتابعة	٣٠	٢٥	٥٠

المواقـــــف	فترة التقدير النفسى	الخوف	التجنب	التقييم السلبى
رابع أشد المواقف إثارة لخوفي :	قبل العلاج	٦٠	٦٠	٧٠
عندما اضطر إلي إجراء محادثة عرضية	بعد العلاج	٥٠	٥٠	٦٠
مع شخص ساخر وهزلي وغير معروف .	أثناء المتابعة	٣٠	٢٠	٢٥
خامس أشد المواقف إثارة لخوفي :	قبل العلاج	٥٠	٥٠	٦٠
دعوتي لحضور حفلة لا أعرف ضيوفها	بعد العلاج	٥٠	٣٠	٥٠
جيدا .	أثناء المتابعة	٣٠	٢٥	٤٠
سادس أشد المواقف إثارة لخوفي :	قبل العلاج	٥٠	٦٠	٥٠
عندما أوجه سؤالا للأستاذ في المحاضرة .	بعد العلاج	٣٠	٢٥	٤٠
	أثناء المتابعة	٢٥	٢٠	٢٥
سابع أشد المواقف إثارة لخوفي :	قبل العلاج	٤٠	٣٠	٤٠
عندما أجدني مضطرة لإجراء محادثة مع	بعد العلاج	٢٥	٢٠	٢٥
سيدة لا أعرفها .	أثناء المتابعة	١٠	١٠	٢٠
ثامن أشد المواقف إثارة لخوفي :	قبل العلاج	٣٠	٢٥	٤٠
تاسع أشد المواقف إثارة لخوفى :	قبل العلاج	٣٠	٢٠	٢٠
التحدث مع شخص لا أعرفه عبر الهاتف	بعد العلاج	١٠	١٠	٢٠
	أثناء المتابعة	صفر	صفر	١٠
عاشر أشد المواقف إثارة لخوفى :	قبل العلاج	٢٥	٢٠	٢٥
حضورتجمع عائلى فى أحد منازل أقاربى	بعد العلاج	١٠	١٠	٢٠
	أثناء المتابعة	١٠	صفر	١٠

* يُلاحظ أن التقديرات التى اشتمل عليها الجدول تتصل بالخوف ، والتجنب ، والخوف من التقييم السلبى من قبل الآخرين . كما يلاحظ أن جميع التقديرات فى المقاييس الثالثة تتراوح درجاتها بين صفر ومائة ، وأن أعلى التقديرات تشير إلى أعلى الدرجات الخوف أو أقصى درجات التجنب .

ولقد تضمنت الصيغة التى أكملتها «كاثى» من الاختبار السلوكى ثلاث مراحل ، تم عرض المرحلتين الأوليين منها فى هذه الفقرة ؛ حيث يطلب من المرضى فى مرحلة التوقع[1] (المرحلة الأولى) ، والتى تستمر لمدة ثلاث دقائق ، أن يتخيلوا أنفسهم فى مواقف أداء الأدوار التى يصفها لهم المجرب (المعالج) ، ويقوموا فى المرحلة الثانية ، وهى مرحلة الأداء الفعلى[2] التى تستمر لمدة أربع دقائق ، بتمثيل الأدوار المطلوبة وفقا للتدريب الذى يقدمه لهم مساعد المجرب (المعالج) . ويدفعهم المعالج خلال كل مرحلة على حدة ، باجتياز مدرج مقياس وحدات التنغيص الاجتماعى دقيقة بدقيقة . وبعد الانتهاء من مرحلة التدريب والأداء الفعلى - وليس الأداء المتخيل - يعودون للإجابة عن أسئلة مقاييس عديدة لتقييم خبراتهم ودرجة المعاناة من القلق الاجتماعى ، التى تنطوى على مستويين من المعاناة تتراوح شدتها بين صفر ومائة درجة حيث تمثل إحداهما أعلى شدة للمعاناة من القلق الاجتماعى ، بينما تمثل الأخرى نوعية الأداء وكيفه بصفة عامة (حيث ترتبط أعلى التقديرات بأعلى درجات المعاناة من القلق الاجتماعى وأضعف أداءات الدور) .

أما الدور الذى قامت «كاثى» بأدائه ، كان عبارة عن محادثة مع طالب أثناء انتظارها بداية إحدى محاضراتها بالجامعة . قام مساعد المعالج بأداء دور شخص ما كانت قد رأته كاثى فى المحاضرة ولكنها لم تتحدث معه بحال من الأحوال ، وبدأت درجة معاناتها من القلق تصل إلى مستوى متوسط قدره (٤٥) درجة وزادت فى مرحلة التوقع وخلال أول دقيقة فى مرحلة الأداء الفعلى ، حتى وصلت أخيراً إلى ٨٠ درجة وهى أشد درجات القلق . وعندما وصلت درجة قلق كاثى ثمانين ، أصيبت بالرعب ، وحاولت استجماع قواها لمواجهة العبء النفسى للمحادثة ، بحيث جاءت جميع استجاباتها فى شكل إيماءات وإشارات وعبارات كلها كلمات ذات مقطع واحد . ولذا فقد جاء تقدير كاثى لمعاناتها الشديدة من القلق أثناء أدائها على الاختبار السلوكى (وحدات التنغيص الاجتماعى) ثمانين درجة ، وتقديرها لنوعية الأداء شديدة الانخفاض (٣٠ درجة) ، وهو تقدير يشير إلى أداء ضعيف نسبياً .

(1) anticipatory phase .
(2) performance phase .

و صف جلسات العلاج

الجلستان الأولي والثانية

تكرس الجلستان الأوليان من العلاج المعرفى - السلوكى الجمعى لإرساء أسس العمل والتدخل العلاجى لجماعة من المرضى ، وبناء تماسك الجماعة ، وتلقين أعضاء الجماعة شرحا مفصلا للنموذج المعرفى - السلوكى للرهاب الاجتماعى ، مع بدء التدريب على مهارات إعادة صياغة الأفكار والمدركات المعرفية . وشاركت كاثى فى المناقشات ردا على بعض الأسئلة المباشرة ، ولكن جاءت معظمها عبارة عن تعليقات تلقائية قليلة جدا . وأصبح من الواضح أثناء مجموعة الجلسات المخصصة للتدريبات المعرفية ، أن أفكار كاثى تعانى من ثلاثة أشكال من التشويه المعرفى (Bruns, 1980) تدور حول المستقبل (مثال ذلك : أنا عاجزة عن القيام بأية محادثة أو الاستمرار فيها ، وسأكون قلقة ، وسأكون مرعوبة) ، وقراءة الأفكار[١] (اجترار ذكريات الماضى) (إن الآخرين لن يحبوننى، أو ربما يفكر الآخر أننى إنسانة مريضة لما يبدو على من شدة القلق) ، وأخيرا التفكير بطريقة «الكل أو لا شئ»[٢] (مثل قولها : أنا لا أدرى بل ولا أعرف كيف أتجاذب أطراف الحديث مع الآخرين [تماما] ، وستنتابنى العصبية الشديدة لعجزى عن الاستمرار فى التحدث مع الآخرين) . ولكن مع مرور الوقت استطاعت أن تحدد الواجبات المنزلية الخاصة بالجلسة الثانية ، وكان واضحا لنا أن لديها فهما أساسيا وحقيقيا لآليات المهارات المعرفية ، وبات واضحا كذلك أنها قادرة على تحديد ، وتحليل ، ودحض عديد من أفكارها التلقائية . ولقد احتفظت بقدر من الشك حول مدى فائدة الإجراءات المعرفية وجدواها ، شأنها فى ذلك شأن بقية أعضاء الجماعة العلاجية ، كما احتفظت بقدر من ضعف الثقة وقلة العقيدة فى دقة الاستجابات العقلانية المضادة لأفكارها التلقائية فى هذه المرحلة المبكرة من العلاج .

الجلسة الثالثة

فى الجلسة الثالثة ، أكمل اثنان من زملاء كاثى فى جماعتها العلاجية أول تدريب لأداء دور التعرض المباشر للأفكار التى تدور حول مواقف التفاعل

(1) mind reading .
(2) all-or-nothing thinking .

الاجتماعى . ولم يتم اختيار كاثى لتكون من بين الأفراد الأوائل الذين تدربوا على الاستجابة للتعرض المباشر نظرا لأدائها الضعيف نسبيا فى الأداء على الاختبار السلوكى فى مرحلة ما قبل العلاج وبات واضحا أنها إذا اشتركت سيصيبها الهلع ونوبات الرعب ، ولن تستطيع التحدث إلا قليلا ، مما ينجم عنه إصابة أعضاء المجموعة الآخرين بالقلق وارتفاع معدلاته نظرا لأنهم سيرون أن ما يعتريها من نوبات خوف وهلع أوشكت أن تصبح أمرا حقيقيا . هذا بالإضافة إلى أن المعالجين قد رأوا أن انتظارها لجلسة تالية قد يجعلها أكثر رضا وهدوءا وأكثر اندماجا مع المجموعة ، ومن ثم يمكن أن تبدأ عمليات التعرض المباشر وإجراءاته من خط أساسى لمستوى من القلق أكثر انخفاضا ، وكان واجبها المنزلى الذى ستقوم بتحضيره للجلسة الثالثة هو الاستمرار فى التدريب على المهارات المعرفية عن طريق تحليل الأفكار التلقائية التى تتولد داخلها نتيجة لمعاناتها من القلق الاجتماعى الذى ينجم عن مرورها ببعض مواقف التفاعل الاجتماعى على مدى أسبوع كامل يمر بين الجلستين الثالثة والرابعة .

الجلسة الرابعة

فى هذه الجلسة مرت كاثى بأول خبرة من خبرات التعرض المباشر . ولكى يضمن المعالج نجاح خبرة كاثى فى التعرض المباشر لأحد مواقف التفاعل الاجتماعى ، قرر إدخالها خبرة التواصل والقيام بمحادثة مع سيدتين لا تعرفهما من قبل . وكان تقديرها للقلق الاجتماعى الناتج عن التحدث مع إحدى السيدتين خمسين درجة على مدرج القلق ، وأشارت إلى أن التحدث مع سيدتين سيكون أسهل لأن الضغوط الواقعة عليها للتحدث معهما ستكون ضعيفة وغير مؤثرة . وقام أحد المعالجين وأحد المرضى النابهين الذى مر بخبرة التعرض المباشر الأولى بأداء أدوار التعرض للمواقف الاجتماعية . وفيما يلى مقتطفات من مهارات إعادة صياغة الأفكار المعرفية السابق على عملية التعرض المباشر بين كاثى والمعالجين الأول والثانى وأعضاء الجماعة العلاجية .

* المعالج الثانى : حسنا يا كاثى ، الآن أتى دورك للقيام بالتعرض .

* كاثى (بتنهيدة مسموعة) : وهو كذلك . إننى أخشى الدخول إلى هذا الموقف .

---

1 - Should .

* المعالج الثانى : إن أحد المواقف الاجتماعية التى ذكرت مدى قسوتها عليك هو القيام بالحوار والمحادثة ، خاصة إذا كانت ستجرى بينك وبين أناس لا تعرفينهم حق المعرفة .

* كاثى : هذا صحيح .

* المعالج الثانى : ما نفكر فيه الآن هو أنك ستقومين هذه الليلة بإجراء محادثة أو حوار مع اثنتين من السيدات لا تعرفينهما جيدا ، وربما تكونا من السيدات اللائى يعملن معك فى المكتب أو شئ من هذا القبيل . هل هذا الموقف من نمط الموا قف التى تصيبك بالقلق ؟

* كاثى : نعم .

* المعالج الثانى : حسن . ما أريده منك ، أن تتخيلى نفسك فى هذا الموقف . وعليك أن تستغرقى فى التفكير فيما إذا كان عليك القيام بالتحدث مع اثنتين من زميلاتك فى العمل ، أحيانا خلال الراحة أو قبل العمل ، مع تحديد مجال الحديث ، وإلى أى مدى كان حديثا طويلا أم قصيرا ، وبسبب التفكير فى هذا الموقف ، فما هى الأفكار التى تواردت على خاطرك ؟

* كاثى : أنا قلوقة ومنزعجة لجهلى بما يمكن أن أقوله فى هذا الموقف .

* المعالج الثانى : هذا حسن . لا تفكرى فى أسلوب التعبير أو الطريقة التى ستتحدثين بها ، ولكن فقط عليك إيجاد موضوعات للتحدث حولها ، لأن هذا سيكون أسهل عليك . وأنا لا أدرى ما يجب عليك قوله ، ولكن كل ما هنالك أن تخوضى هذه التجربة ، كما لا أدرى أن محتويات الحوار هى التى ستكون ملائمة ؟

* كاثى : نعم ، هذا صحيح وسأحاول وأنفذ .

* (قام المعالج الأول بكتابة هذه العبارة على السبورة «أجهل ما يجب قوله» .)

* المعالج الثانى : ما الأفكار التلقائية الأخرى التى وردت على خاطرك وأنت تتخيلين نفسك تتحدثين مع هاتين السيدتين ؟

* كاثى : أننى سأكون قلقة جدا .

* المعالج الثانى : هذه إحدى الأفكار التلقائية المهمة (موجها حديثه للمعالج الأول لتسجيلها) التى يجب تسجيلها لمناقشتها بعد ذلك ، وماذا أيضا ؟

* كاثى : إننى قلقة ومنزعة بشأن المحادثة ، فقد أبكى وأصرخ إذا عجزت عن القيام بها . وأفكر أيضا أن الموقف لن يكون شديد السوء بسبب وجود سيدتين ، لأنهما قد تتحدثا معا فترات طويلة ، وقد يكون حوارهما معى قصيرا ، ومن ثم أستطيع الاستئذان وأغادر المكان .

* المعالج الثانى : فيم تفكرين ، هل هذه مجموعة من الأفكار ؟ إن مضمونها يشير إلى أنها زوج من الأفكار الآلية ، فأى الفكرتين يمكن تحديدها ؟

* المعالج الأول : هى قلقة ومنزعة بشأن خوفها من الصياح أو البكاء .

* المعالج الثانى : حسن . هكذا يمكن كتابة هذه الفكرة «سأصرخ بصوت مرتفع» كفكرة تلقائية ؟ (وافق على صياغة الفكرة هكذا على أنها فكرة تلقائية مجموعة من أعضاء الجماعة) .

* المعالج الثانى : ما الأفكار التلقائية الأخرى المحتمل وجودها ؟

تقول كاثى إنها قلقة بشأن خوفها من الصراخ والعويل إذا ما فشلت فى القيام بالحوار مع السيدتين أو إذا انتهى الموقف بإدراكى على أننى خرقاء أو غير لبقة.

[وبقدر من التعاون بين كاثى وعدد من أعضاء الجماعة العلاجية ، استطاعوا توليد فكرتين تلقائيتين هما :«إن الحوار أو المحادثة قد تموت فى مهدها» ، وأنها ستظهر غير لبقة» وأضيفت هاتان الفكرتان لقائمة الأفكار التلقائية التى يجب معالجتها بالتعرض وإعادة صياغتها معرفيا .

* المعالج الثانى : وهو كذلك ، هذه قائمة من الأفكار التلقائية لا بأس بها إطلاقا . دعينا نأخذ فكرة منها ونركز على تغييرها ودحضها . ولكن هذه الفكرة «ربما تنتابنى حالة القلق الشديدة» ، وهذا أمر حقيقى إلى حد كبير . [قرر المعالجان تجاهل التفكير بطريقة الكل أو لا شئ التى تتضمنها الفكرة السابقة] . على أية حال ، سبب وجودك هنا هو معاناتك من القلق الاجتماعى ، وأن جزءاً مما نفترض حدوثه لديك هو أنك عند التعرض المباشر لأحد المواقف الاجتماعية ، سوف ينتابك هذا القلق . وهى مسألة شبيهة بفكرتك التلقائية الأخرى «لا أدرى ما يجب على قوله» ، وهى فكرة تأتى فى بداية سلسلة أفكارك التلقائية وحتما إذا ما بدأت بالاعتقاد الخاطئ» بأنك لا تدرين ما يجب عليك قوله ، فمعنى ذلك أن

المحادثة والحوار سيموت ، وستبدين للآخرين أنك غير لبقة وضعيفة اجتماعيا وغير واثقة من نفسك» ، أليس هذا ما تفكرين فيه فعلا يا كاثى ؟

* كاثى : نعم ، عندما أتورط بخيالى أو بتفكيرى أو حتى بالدخول فى هذه المواقف فعلا ، أجدنى خاوية الوفاض ، ولم يعد لدى ما أقوله . ولا أدرى ما الموضوع الذى يجب التحدث فيه .

* المعالج الثانى : هذا حقيقى تماما إذا ما ركزنا على التفكير بأنك لا تعرفى ما تقولينه ، لأن هذا النوع من التفكير سيتيح الفرصة لهذه السلسلة من الأفكار التلقائية أن تخرج على نطاق سيطرتنا والتحكم فيها ، ومن ثم يحدث دعما للقلق وتعزيزا له . أليس هذا ما تخبرينه ؟

* كاثى : همهمة .

* المعالج الثانى : دعينا نناقش فكرة «أنك لا تدرين ما يجب أو ما يمكن أن تقولينه» ، استخرجى قائمة التشويهات المعرفية فى أفكارك ، ودعينا نقف على الفكرة البديلة الحسنة الملائمة التى تدحض بعض هذه التشويهات . تشعر الجماعة العلاجية أن لديها كامل الحرية لمساعدة كاثى فى مهمتها .

[اقترح عليها أعضاء الجماعة العلاجية عددا كبيرا من التشويهات المعرفية المحتملة ، بما فى ذلك من تفكير مأساوى وقدرى ، والتفكير بطريقة الكل أو لا شئ] .

* المعالج الثانى : دعينا نتعمق فى تفنيد هذه التشويهات المعرفية والأفكار التلقائية ، لنرى مدى إمكانية وجود طريقة للرد عليها وإحلال بدائل إيجابية محلها . يا كاثى : هل وجدت فى كل الذى طرحنا عليك أمرا يمكن أن يساعدك؟

* كاثى : كل ما أعرفه تماما هو أننى لا أجد لدى أى شئ يمكن أن أرد به عليكم؟

* المعالج الثانى : حسن ، ولكن كيف يمكنك الإجابة عن هذا السؤال ؟

* كاثى : حسن . بالتأكيد أنا بارعة وجميلة ، ولكننى أعانى تماما عند مواجهة هذا النوع من الحوار والمحادثات الاجتماعية .

* المعالج الثانى : ولكن ما رأيك فى تفنيد الفكرة الثالثة فى قائمة أفكارك التلقائية؟ حاولى تفنيدها معنا .

* كاثى : إننى متأكدة ١٠٠ ٪ أنه لا يوجد لدى أى شئ قوله ؟

* المعالج الثانى : هل أنت متأكدة ١٠٠ ٪ أنك ليس لديك أى شئ ممكن قوله ؟

* كاثى : حسن . بالتأكيد ذلك .

* المعالج الثانى : ١٠٠ ٪ ؟

* كاثى : من المحتمل ألا يكون ذلك ١٠٠ ٪ ولكن ربما بنسبة ٩٠ ٪ .

* المعالج الثانى : هذا معناه أنك متأكدة بنسبة ٩٠ ٪ أنه ليس لديك أى شئ يمكن أن تقولينه على الإطلاق . وهذا معناه أيضا أنك يمكن أن تفتحى فمك ولن يخرج منه أى شئ .

* كاثى : بالتأكيد لا . ولكن يمكننى التحدث والتلفظ بشئ ما ، ولكنه قد لا يكون ملائما ، وقد لا يكون جيد جدا .

* المعالج الثانى : وهو كذلك . إلى أى حد أنت متأكدة من العجز عن النطق بأى شئ ، وهل أنت عاجزة عن النطق بشئ حتى ولو كان شيئا غير ملائم (سئ) ؟

* كاثى : يبدو أن نطقى بشئ ملائم أمر بعيد المنال . وأعتقد أننى أ ستطيع النطق بشئ ما قد يأتى دائما شيئا غبيا ، وربما لا يزيد عن ١٠ ٪ .

* المعالج الثانى : إذن لديك على الأقل فرصة أخرى كبرى لتستطيعين قول شئ ما ، على الرغم من أنه قد لا يكون دقيقا وملائما تماما ؟

* كاثى : ترد بهمهمة مسموعة ما يفيد قولها نعم (على مضض) .

* المعالج الثانى : لنتجه الاتجاه الصحيح فى التفكير الآن ، فدعينا من مسألة الانزعاج والقلق عما إذا كان ما تنطقين به شيئاً ملائما ، ولكن ركزى التفكير على إمكانية النطق بأى شئ . ولنترك مسألة الحكم على مدى ملاءمة ما تنطقين به للموقف الاجتماعى لفترة لاحقة . ووجهت المجموعة سؤالا للمعالج مفاده ، هل تستطيع مساعدة كاثى فى تغيير فكرتها عن نفسها من كونها عاجزة عن نطق شئ ملائم إلى قدتها على إصدار استجابات عقلانية تكون ملائمة للمواقف الاجتماعية ؟

* المعالج الأول : ما رأيك فى وجود فرصة أمامك بنسبة ٩٠ ٪ تستطيعين قول أى شئ حتى ولو كان شيئاً غبيا .

* المعالج الثانى : هذه بداية جيدة . فهل يمكننا أن نجعلها معا بداية أكثر إيجابية إلى حد ما .

* كاثى : إنها فرصة جيدة لاستطاعتى التفكير فى شئ ما يمكن قوله .

* المعالج الثانى : هذا رأى جيد ، وسوف نكتبه فى أعلى مكان بالسبورة ليساعدك على تذكره . وعندما تبدأين فى الانزعاج حول نفاذ صبرك من نضوب ما تريدين قوله أثناء التعرض لأحد المواقف الاجتماعية ، كررى هذه الاستجابة العقلانية بنفسك – هناك فرصة لاستطاعتى التفكير فى شئ ما يمكن قوله . إن أملى يكمن فى مساعدتك على تهدئتك بالقدر الكافى الذى يمكنك من النطق بشئ ما ملائم إلى حد ما . وتذكرى أننا لن ننزعج الآن على أى شئ يصدر منك أو ستنطقين به ، ولكن ربما يحدث ذلك مؤخرا (بعد ذلك) ، ولكن المطلوب منك الآن هو التركيز على استجماع قدرتك للنطق بشئ ما مهما كان كيفه أو نوعيته .

وكان سبب ميل المعالجين للبدء بهذه الفكرة التلقائية لتكون هى موضوع التعرض المباشر الأول ، أنها فكرة مباشرة ومحددة ، ومن السهل على الحالة تحديها وإيقافها . كما فضل المعالجون أن يعلموا كاثى بشكل سريع نسبيا كيفية إعادة البناء المعرفى لهذه الفكرة ، لأنه كلما تأخرت عملية التعرض لها ، ستعانى من مزيد من القلق ، ومن ثم كانت الخطوة التالية هى البدء بعملية التعرض المباشر . وفى هذه النقطة العلاجية ، تم تدريب الحالة على وصف تفاصيل الموقف ، وكيفية مواجهته عن طريق أداء الأدوار التى سيقوم بها ممثلون من أعضاء الجماعة تم اختيارهم بعناية ، كما كتبت أدوراهم بدقة . كذلك تم إعادة ترتيب الأماكن تماما ، ودار التفاعل وفقا لهذا الترتيب على النحو التالى :

* المعالج الثانى : والآن سنقوم بتحديد الموقف الاجتماعى الذى سيتم التعرض له. فإذا كان عليك يا كاثى القيام بحوار أو بمحادثة مع اثنتين من السيدات فى العمل ، فما المكان المحتمل إجراؤك هذه المحادثة فيه ؟

* كاثى : فعلا هناك مكان مألوف للعاملين يكثرون التردد عليه هو عبارة عن غرفة مزودة بآلة لإعداد القهوة وثلاجة وطاولة (تربيزة) صغيرة ، يجلس إليها العاملون بالسكرتارية فى العادة ، ويتجاذبون أطراف الحديث فى أوقات الراحة

من العمل .

* المعالج الثانى : هذا موقف اجتماعى مثالى : فإذا ما تصورنا هذا الموقف، وكانت هناك سيدتان تتحدثان ، أتستطيعين الدخول عليهما والتفاعل معهما ؟ وهل هذا موقف طبيعى وواقعى بما فيه الكفاية ؟

* كاثى : نعم .

* المعالج الثانى : إذن دعينا نوظف هذا الموقف . المعالج الأول قال ، (ملتفتا إلى عضو آخر من أعضاء الجماعة العلاجية) ، تصورى أنك واحدة من هؤلاء السيدات ، وهذا العضو سيمثل دور شخصى دخل الغرفة التى توجدين فيها .

* المعالج الرابع : وما الدور الذى يجب علىَّ القيام به ؟

* المعالج الثانى : أنت والمعالج الأول ستجلسان هنا للتحدث معا . ولكونك لم تقم بهذا الدور من قبل ، فيمكنك أن تدع المعالج الأول يأخذ دور القائد وتلتزم هادياته أو إشاراته . هيا اجلسا كلاكما إلى هذه الأريكة ثم اسحبا كرسى ثالث لكاثى . وأنت يا كاثى ، ستكونين مستعدة إلى حد كبير للتحدث مع هذين المعالجين اللذان يقومان بدور اثنتين من السكرتارية ، أتستطيعين القيام بهذا الأمر ؟

* كاثى : أجابت نعم (بهمهمة وعلى مضض)

* المعالج الثانى : إذن كلاكما سيقوم بدور سكرتيرتين تعملان فى هذا المكتب ، وستدخل عليكما كاثى وتدخل فى حوار أو محادثة معكما . وفى كل الأحوال ، علينا قبل أن نبدأ ، أن نصل إلى الهدف المرجو ونقف عليه إذا ما نجحنا فى أداء أدوارنا التى تجعل كاثى تمر بهذه الخبرة الاجتماعية . يا كاثى ما الهدف الذى تريدين الوصول إليه ؟

* كاثى : أنا لا أريد أن أعانى من القلق الاجتماعى .

* المعالج الثانى : كما ذكرنا ذلك فى الأسبوع الماضى ، فإن ذلك – أى عدم المعاناة من القلق – يعد هو الهدف النهائى للعلاج . ولذا فإننى لست متأكدا من أنك التحقت بهذا النوع من العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى لكى تقضى على القلق الاجتماعى خلال هذا العدد القليل من الجلسات ، ومن ثم يجب أن يكون لديك سبب أو دافع أقل مرتبة حتى يمكن تحقيقه ، فما رأيك فى تحديد هدف

جزئى أصغر فى الوقت الراهن ؟ ولكن هذا الهدف عبارة عن فكرة من الأفكار الأخرى التى طرحتيها الأسبوع الماضى فى الجلسة السابقة من أجل التعرض لها . فما رأيك فى هذا الاقتراح ؟

* كاثى : إننى قلقة جدا بشأن إمكانية نجاحى معكم . وحتى إذا كان هناك فرصة للنجاح ، فإننى الآن أريد مغادرة المكان وأنصرف بسرعة تاركة الأمر برمته .

* المعالج الثانى : تلك الآراء التى تطرحينها هنا والآن شبيهة بتلك التى كنت تطرحينها هناك فى بداية الجلسات الأولى . ولكن ما رأيك فى مجرد استمرارك معنا فى هذا الموقف الاجتماعى (التمثيلى) حتى ننتهى منه ؟ .

* كاثى : أعتقد أننى أستطيع البقاء معكم .

* المعالج الثانى : اذن دعينا نستمر . وتذكرى يا كاثى أننى سأقاطعك مرات عديدة طالبا منك تقديراتك على اختبار وحدات التنغيص الاجتماعى . فرجائي عندما يحدث ذلك ، ما عليك إلا أن تعطينى درجة محددة ، مع قراءة استجاباتك العقلانية من السبورة مباشرة بصوت مرتفع ، ثم أخيراً تعودى أدراجك للمشاركة فى الحوار . هل أنت مستعدة ؟

بدأ المعالج الأول وعضو آخر من الجماعة العلاجية فى الحديث عن خططهما لقضاء عطلة الأسبوع القادم ، وبعد تبادل أداء الأدوار مرتين ، انضمت إليهما كاثى للتفاعل معهما اجتماعيا . وفى البداية وجّه المعالج بعض الأسئلة إلى كاثى لمساعدتها فى كسر حاجز الخوف وحملها على الحوار ، ولأنها أظهرت درجة شديدة من القلق والفزع . على أية حال ، فى غضون ثلاث إلى أربع دقائق، هدأ قلقها وروعها ، وبدأت فى طرح زوج من الأسئلة التى تتصل بحالتها . واستمرت عملية التعرض للمواقف الاجتماعية لمدة عشر دقائق متواصلة حتى يفسحوا المجال أمام كاثى لتفريغ خبراتها حولها حتى مستوى محدد ، وبما يبدد قلقها الاجتماعى ، ويرفع معدلات الثقة لديها بعد بداية مزعزعة وشديدة التعثر والتحجر .

وبعد انتهاء عملية التعرض ، أبرز المعالجون إدراكات كاثى لأدائها ، بحيث حددوا مدى نجاحها فى استخدام الاستجابات العقلانية وتوظيفها ، ومدى نجاحها فى مواجهة أية أفكار تلقائية تطرأ على ذهنها .

* المعالج الثانى : ولكن كيف أمكنك القيام بفعل ذلك ؟

* كاثى : كنت مرعوبة . كنت قلقة بالفعل .

* المعالج الأول : هل استطعت تحقيق هدفك ؟

* كاثى : لا ، لأنه أصعب مما كنت أتوقع .

* المعالج الأول : ماذا كان هدفك ؟ كما سألها أعضاء الجماعة العلاجية ، هل تتذكرين هدفك ؟

* المعالج الثالث : عليك الاستمرار فى الحوار حتى ننتهى من علاج هذا الموقف .

* المعالج الثانى : حقا ، هل تستطيعين القيام بذلك يا كاثى ؟ وهل تستطيعين فعل ذلك والبقاء معنا حتى النهاية .

* كاثى : (أجابت بتذمر) ، أعتقد ذلك .

شجع المعالجون أعضاء الجماعة الآخرين على تقديم مزيد من التعليقات الإيجابية لإنجاز هدفها وما تصبو إليه . ولقد أشارت تعليقات عديدة إلى استمرارها وصموها على الرغم من كونها كانت شديدة المعاناة من القلق ، وبصفة خاصة فى البداية . وأخيرا سلمت كاثى بأنها حققت بعض هدفها .

* المعالج الثانى : وما رأيك فى الفكرة التلقائية التى تعاملنا معها ؟ هل انتابك القلق بشأن شئ ما كنت تريدين قوله ؟

* كاثى : نعم ، وبصفة خاصة فى بداية العلاج ، فقد شعرت وكأن عقلى كان فارغا تماما .

* المعالج الثانى : وهل الاستجابة العقلانية ساعدتك إلى حد ما ؟

* كاثى : ربما ، ولكن بقدر ضئيل جدا . مرتان وأنا أحاول الحصول على شئ ما لأنطق به حتى ولو جاء هذا الشئ غبيا جدا .

* المعالج الثانى : فلنعد مرة أخرى إلى ما ذكرتيه خلال دقيقة واحدة . هل استجابتك العقلانية تحولت بحيث أصبحت حقيقية ؟ وهل جعلتك قادرة على التفكير فى شئ ما لقوله ، حتى عندما كنت فى أشد حالات القلق ؟

* كاثى : نعم ، نما داخلى شئ ما ، فقد كان تقديرى إنه من الصعب النطق بأى شئ ولكنه حدث على أية حال ، وتلفظت وشاركت ببعض الحديث فى الحوار.

* المعالج الأول : تماما . ولكن لإشباع فضولك ، أتساءل ، أى جزء من الحديث كنت تعتقدين أنه الرأى الغبى الذى تلفظت به ؟

* كاثى : فى البداية ، عندما وجهت لى سؤالا عما أنوى أن أفعله خلال هذا الأسبوع ، وكان إجابتى بأننى سأظل بالبيت (حتى أتجنب الحديث مع الآخرين) .

* المعالج الأول : ولكن ، وكما حدث فى أداء الأدوار ، بدا لى معظم إجاباتك كانت معقولة . فما الذى بقى لديك للتفكير فيه ؟

[اتفق عدد من أعضاء الجماعة العلاجية مع رأى المعالج الأول فى أن أيا من استجاباتها لم تبد لهم غبية بحال من الأحوال.]

* المعالج الثانى : يبدو يا كاثى أن المجموعة ترى رأيا أكثر إيجابية حول استجاباتك وأكثر مما ترين أنت نرجو أن تظلب تتذكرى هذا . سنعود فى مرة قادمة إلى هذه الفكرة التى تبدو لك غبية ونرى دليلك على ذلك . والآن سنتركك وشأنك ، وتهانينا لك لنجاحك فى علمية التعرض الأول !

وكان واجب كاثى المنزلى الذى ستعده للجلسة الثالثة هو التحدث فعلا مع شخص ما فى العمل مرتين على الأقل فى الأسبوع القادم . وتم تحديد الحوار ليدور حول الترحيب بشخص ما كان غائبا عن العمل ، على أن يتم تبادل الحديث مرتين إلى ثلاث مرات . وكان هناك تنبيه مكتوب على صحيفة الواجبات المنزلية ، يلفت نظر كاثى إلى ضرورة التفكير قبل تنفيذ الواجب المنزلى فى إيجاد استجابات عقلانية كبدائل لكل فكرة من الأفكار التلقائية ، لاستخدامها أثناء الحوار وتبادل الحديث بقدر إمكانها ، وأن تقوم بتكرار الإجراءات المعرفية بعد الانتهاء من التدريب على إجراء الأحاديث المنزلية . وكشفت مراجعة الواجبات المنزلية فى بداية الجلسة الرابعة ، أنها قد أكملت واجباتها المنزلية التى كلفت بها بمستويات معتدلة من القلق الاجتماعى .

الجلسة الخامسة

أثناء الجلسة الخامسة ، كان أعضاء الجماعة العلاجية يمثلون هدفا لعملية التعرض ، بينما كانت كاثى تمثل دور الجمهور الذى يشاهد عملية التعرض لموقف محاضرة عامة ، كما شاركت فى جهود إعادة البناء المعرفى للأفكار التلقائية لأعضاء الجماعة العلاجية ، وذلك فى الجانب المتصل بالرد على الأسئلة المباشرة

فقط . كذلك قامت خلال الجلسة بتقديم مجموعة من التعليقات التلقائية . وعندما جاء موعد تحديد الواجبات المنزلية للأسبوع القادم ، وأشارت كاثى بأنها ستذهب هى ووالداها إلى مدينة نيويورك لقضاء عطلة نهاية الأسبوع . وكان واجبها المنزلى يتلخص فى مبادرتها بالتحدث مع شخص ما يعمل بالفندق ، وتقوم بممارسة مهاراتها المعرفية التى تم التدريب عليها خلال الجلسة السابقة . وأظهرت كاثى نجاحا ملحوظا على مدى الأسبوع التالى فى الجانب السلوكى بصفة خاصة . ولقد أتيح أمامها فرص عديدة للتحدث مع أناس متباينين فى الفندق ، وفى المطاعم ، بحيث أصبحت محط إعجاب كل من زارتهم وتبادلت الحوار معهم . وعلى الرغم من كونها عانت من درجة معتدلة من القلق ، فإنها قد استمتعت كثيرا بما قامت به من مجهودات . ولقد ساند نجاحها الواضح أعضاء جماعتها العلاجية والمعالجين كذلك . وقضى المعالجون دقائق معدودة لمساعدتها فى التفكير فيما تعلمته من الخبرات الماضية حول القلق .

الجلسة السادسة

ولأن فترة تدريب عضو آخر من الجماعة العلاجية قد طالت أكثر مما كان متوقعا لها بكثير ، فإن كاثى لم تكمل عملية التعرض خلال الجلسة السادسة ، وقام المعالجون – كما كان الحال فى الجلسة الخامسة – بتشجيعها على المشاركة فى العمل المعرفى لأعضاء الجماعة الآخرين . وفى هذا الصدد ذكرت كاثى أن الفصل الدراسى سيبدأ الأسبوع القادم . ولكن لأن اهتمامها الأول ينصب على تحسين مهاراتها الاجتماعية مع أقرانها ، فقد سألها المعالجون عن مستوى ونوع التفاعل الاجتماعى الذى ستمارسه معهم فى الأسبوع المقبل ، فأجابت بأنها ربما كانت تقضى فى السابق ساعتين على الأقل واقفة فى طابور طويل لتشترى الكتب وتدفع ثمنها ... الخ ، ولذا كانت تحرص على حمل رواية طويلة معها لتقرأ فيها طوال هذه الفترة لكى تتجنب التفاعل أو التحدث مع أى شخص . ولكنها اتفقت مع المعالجين أنها ستحاول المبادرة – ولو لمرة واحدة على الأقل – مع أى شخص يقف بالقرب منها لإنجاز واجباتها المنزلية العلاجية . ولذا فقد أكد المعالجون أهمية توظيف إجراءات إعادة البناء المعرفى المتصلة بهذه الواجبات عند التعرض المباشر للمواقف الاجتماعية فى الحياة الواقعية . وأقرت كاثى – خلال الجلسة السابعة – أنها قد تبادلت الحديث بشكل متقطع مع سيدة كانت تقف فى الصف أمامها فى مواجهة محل الكتب وبقدر قليل من القلق .

الجلسة السابعة

فى الجلسة السابعة خضعت كاثى لأسلوب التعرض . ولأنها بعده ستعود إلى مدرستها ، فقد اختار معالجوها موقفا تقوم فيه بإجراء حوار مع سيدة تعمل فى أحد الفصول المدرسية . ولأنها لازالت تكشف عن قدر كبير من التنغيص والانزعاج يلفت لها نظر أعضاء الجماعة فى الجلسات الجماعية ، ولكونها لازالت تعانى من قدر كبير من الخجل خارج نطاق العلاج السلوكى – المعرفى الجمعى ، فقد تم اختيار أحد المعالجين كمشارك فى أداء الدور معها . وكانت كاثى قد سجلت الأفكار التلقائية التالية قبل التدريب على أسلوب التعرض :

(١) إننى عاجزة عن الاحتفاظ باستمرار المحادثة .

(٢) ولا أدرى ما الذى يمكن قوله .

(٣) إن السيدة الأخرى لا تريد التحديث معى .

(٤) ولسوف أصرخ .

ويبدو للمرة الثانية ، أن اهتمامها بالاحتفاظ باستمرار المحادثة يمثل حلقة فى سلسلة من الأفكار التى تنتهى تداعياتها بالخوف والرعب اللذان يؤديان إلى الرفض والعجز عن مواصلة حديثها مع الآخرين . ولذا فقد قرر المعالجون ضرورة استكشاف الفكرة الأولى فى هذه السلسلة .

* المعالج الأول : ماذا تقصدين يا كاثى بكونك عاجزة عن الاحتفاظ باستمرار المحادثة ؟

كاثى : حسنا ، أقصد أن المحادثة ستموت ، ولا أدرى ما الذى يمكن قولهُ .

* المعالج الأول : إن هذا الرأى يشبه ما تحدثنا فيه فى الجلستين السابقتين ، وهو أنك كنت منزعجة وقلقة بشأن إمكانية مشاركتك فى الحديث بأى شئ يمكن قوله .

* كاثى : نعم ، إنك على صواب .

* المعالج الأول : وهل يتذكر أحدكم الاستجابة العقلانية التى صنعناها رداً على هذه الفكرة قبل ذلك ؟

* كاثى : ثمة فرصة جيدة للتفكير فى شئ أستطيع التحدث به .

* المعالج الأول : فى الأسبوعين السابقين ، هل توفر لديك أى دليل بأن هذه العبارة يمكن أن تكون حقيقية ؟ وهل يمكنك فعلا إنتاج عبارات تعمل على استمرار الحوار وتبادل الحديث ؟

* كاثى : حسنا ، لقد تحدثت بالفعل خلال هذا الأسبوع مع سيدة فى محل بيع الكتب ، ولكن تصورى أن الموقف كان سهلا لأننا كلتينا كنا معاً فقط ولم نكن مجموعة كبيرة .

* المعالج الثانى : تساءل (ناظراً للمعالج الرابع) هل أدرك أحد منكم التشويه المعرفى فى هذه العبارة ؟

* المعالج الرابع : هذا السبب غير كافى للامتناع عن المشاركة فى الحوار [لقد وقعت المريضة فى الخطأ المعرفى ذاته الذى وقعت فيه فى الجلسة ذاتها] .

* المعالج الثانى : هذا صحيح ، ولكن ما رأيك أنت يا كاثى فيما قاله المعالج الرابع ؟ (أومأت بالموافقة) ، اذن ، ما نوع الدليل لديك بأن استجابتكم العقلانية يمكن أن تكون حقيقية ؟

* كاثى : لقد توصلت لشئ ما يمكن قوله فى محل بيع الكتب (المكتبة) .

* المعالج الأول : (بهمهمة) ، وما هذا الشئ ؟

[دوّن أعضاء الجماعة والمعالجون العديد من مهمات الواجب المنزلى وكذلك التعرض الأخير الذى كانت قادرة فيه على التفكير فى أشياء يمكن التحدث بها.]

* المعالج الثانى : يبدو أنك قلقت بشأن أشياء تحدثت فيها ولكنها لم تكن حقيقية أو صحيحة .

* كاثى : أعتقد ذلك ، لأننى شعرت بقدر كبير من الضغط والمشقة للمحافظة على استمرار الحديث .

* المعالج الثانى : ربما توجد فى هذا السياق فكرة تلقائية ، ما رأيك يا كاثى؟

* كاثى : لا أدرى .

* المعالج الأول : تكمن الفكرة التلقائية فى كلمة «ينبغى ويجب» .

* كاثى : ألا «يجب» على «المحافظة على استمرار الحديث ؟

* المعالج الثانى : هذه الفكرة تشبه الفكرة التلقائية التى تسبب مشكلة ما . ولذا سنضيفها إلى قائمة الأفكار المسجلة على السبورة . لقد قلت مسبقاً أنك قلقة بشأن النطق بشئ ما قد يكون غبيا . فهل ما تشعرين به ينبغى أن يشبه ما يجب عليك قوله – مهما كان موضوعه – وذلك لمجرد أنك تحاولين المحافظة على استمرار المحادثة ؟

* نعم ، هذا الرأى صحيح .

ولأن التشويه المعرفى قد تم تحديده بالفعل فى عبارة «ينبغى أو يجب»[١] ، فقد انتقل المعالجون للتساؤل حول الفكرة التى تثير لديها القلق الاجتماعى . وبعد مناقشات منطقية عديدة ، أصبح لدى كاثى القدرة على الموافقة بأنه ليس من المنطقى أبدا أن تكون هى المسئولة بنسبة ١٠٠ ٪ (مائة بالمائة) عن المحافظة على استمرارية الحوار والمناقشات أو المحادثات الثنائية ، مما أدى إلى النتيجة أو الاستجابة المنطقية التالية : «إننى مسئولة فقط عن خمسين بالمائة من المحادثة» وعندئذ تقدم المعالجون إلى مرحلة من التعرض تبادر فيها «كاثى» بالتفاعل مع سيدة من قسم الاجتماع الذى تدرس فيه ، فى الفترة التى ينتظرون فيها بداية المحاضرات ، وكان الهدف من موقف التعرض هذا ، هو أخذ زمام المبادرة من جانبها بالبدء فى الحوار مع هذه السيدة ، والاستمرار فى التفاعل الاجتماعى لمدة أربع دقائق على الأقل .

وبدأت الدرجات على مقياس التنغيص الاجتماعى لدى كاثى عند ٨٠ ثم زادت إلى ٩٠ درجة فى الدقيقة الأولى ، وبحيث يمكن القول بأنها أصبحت تعانى من الفزع وحالة من الرعب بعد مرور دقيقتين ونصف الدقيقة ، ومن ثم أصبح واضحا أنها لم تستطع الاستمرار فى عملية التعرض . ولذا فقد أوقف المعالجون عملية «أداء الدور» لفترة قصيرة لكى تهدى حالتها وتزول حالة الفزع ، وبدأوا بعد ذلك فى البحث عن أسباب ارتفاع شدة القلق حتى أوشكت على الصراخ والعويل . وبسؤالها عن سبب قلقها الشديد ، ذكرت أنها خشيت أن قلقها قد يجعل أداءها لدورها أمام أعضاء الجماعة أمرا يثير الضحك والسخرية منها ، ومن ثم فقد ارتفع مستوى القلق لدرجة لا تطاق بحيث أصبح يشكل دائرة مفرغة تثير الرعب . ولذا تحولت صياغة أو إعادة البناء المعرفى للفكرة التلقائية التى تعانى منها ، من عبارة «ينبغى» إلى عبارة («ينبغى أن أجعل الشخص الآخر الذى يتحاور معى يشعر بالرضا والإشباع والراحة) ، مما يبدو أنه يعكس معتقدا لديها مفاده أنها يجب

أن تكون متحدثة لبقة أو محاوراً ممتازاً ، يجذب إليه الآخرون بسرعة البرق بسبب حساسيته ، وذكائه وجمال أسلوبه وخفة ظله . ولذا قام المعالجون وأعضاء الجماعة العلاجية بمساعدة كاثى فى تغيير هذا المعتقد بتفنيده بحيث تأخذ فى حسابها ، أنها مسئولة فقط عن خمسين بالمائة لاستمرار الحوار من دون غلظة وتبلد ، ويكون الطرف الآخر مسئولا أيضا عن خمسين بالمائة لمراعاة المشاعر واستمرار الحوار ، فوافقت كاثى على هذا المعيار ، وذكرت أنه يمكن إنجازه وتطوير استجابة منطقية مفادها «ليس علىّ أن أحقق للطرف الآخر كل راحته مع مراعاة مشاعره فى الوقت نفسه» ، وعلىّ تعديل فكرتى على النحو السابق إيضاحه .

وأوصى المعالجون بتكرار عملية التعرض للموقف الاجتماعى نفسه ، لأن كاثى لم تنجز هدفها وهو التحدث لمدة أربع دقائق مع زميلتها . وعلى الرغم من أن قلقها كان مرتفعا على مدى الأربع دقائق (كانت درجاتها على مقياس وحدات التنغيص = ٩٠ ، ٩٠ ، ٨٠ ، ٨٠ ، ٨٠) فإنها كانت قادرة على منع دموعها أغلب الوقت واستطاعت أن تنفذ حواراً ملائماً بدرجة متوسطة . وحاول المعالجون أن تكون مدة التعرض التالى قصيرة ليتجنبوا شعور كاثى بالألم والعذاب وطول فترة المعاناة من القلق . واستحسن أعضاء الجماعة والمعالجون شجاعتها وانتقلوا للمهمة التالية .

ولأن الجلسة السابعة تعد بداية النصف الثانى من برنامج العلاج ، فإن أعضاء الجماعة العلاجية قد تهيأوا لممارسة التعرض للمواقف الاجتماعية فى الحياة الطبيعية يوميا . وهكذا فقد كلف كل عضو فى الجماعة العلاجية باثنين من الواجبات المنزلية ، أحدهما واجب يومى قصير سهل والآخر واجب يومى طويل صعب شبيه بتلك الواجبات التى طرحت فى الجلسات العلاجية الأولى . وكان واجب «كاثى» اليومى أن ترحب بشخص ما قائله له فقط أهلا ، بالإضافة إلى عبارة أخرى بشرط أن يكون هذا الشخص غير معروف لها من قبل ولا تحب الحديث معه بشكل طبيعى يومياً ، وأن يكون هدفها العلاجى فى أحد الأيام هو الترحيب بأحد زملائها من الذكور . أما واجبها المنزلى الآخر فيتكون من ، البدء بالترحيب بأحد زملائها الدراسين وتبادل ثلاثة حوارات تبادلية معه . وأشار إنجازها فى الأسبوع التالى إلى أنها أكملت بنجاح واجبها الطويل الصعب . وعلى الرغم من أن قلقها كان متوسط الارتفاع عند توقع تبادل الحوار ، فإنها قد شعرت بالهدوء بعد ما رحبت بزميلها وبعد ما جاءت استجابته لطيفة ودافئة ، كما أشار

تقريرها إلى أنها قامت بإجراء هذا الحوار بشكل معتاد على مدى ستة أيام من السبعة .

الجلسة الثامنة

خلال الجلسة الثامنة ، قرر المعالجون استمرار كاثى فى عملية التعرض لبعض المواقف الاجتماعية الصعبة التى جربتها فى الحياة الطبيعية الأسبوع السابق ، وكان أملهم من تكرار التعرض للموقف نفسه ، هو أن يتحسن أداؤها لدرجة أن مشاركتها فى أداء دورها سيجعلها قادرة على القيام به بأقل مساعدة من الآخرين وأكثر واقعية من حيث مستويات التوقع . وكان الموقف المقترح عبارة عن محادثة مع زميل عمل من العمر نفسه ، وقام المعالج الثانى بأداء دور زميل العمل هذا . وجاءت أفكار كاثى التلقائية متطابقة إلى حد كبير مع أفكارها السابقة. وكان عليها تذكر استجاباتها المنطقية التى تعلمتها فى الجلسات السابقة وتبدو ذات كفاءة فى استدعائها كاستجابات بديلة لاستجاباتها التلقائية .

لقد اهتم المعالجون بصراخها أو بكائها خلال أداء أدوارها ، ولكنهم لم يهتموا بفحص الفكرة التلقائية لأنها بدت كأنها نتيجة لأفكار أخرى ، وتفترض خبراتهم ربما تكون عبارة عن خوف واقعى وليست فكرة تلقائية . وعلى الرغم من أن كثيراً من الحالات تخشى كشف مثل هذه الأعراض المرئية الظاهرة ، فإنها نادراً ما يمكن رؤيتها بالدرجة التى تجعلهم يخافون منها . ووفقاً لوصف كاثى لتفاعلاتها الاجتماعية خارج نطاق الجماعة ، يبدو من الصعب تصديق أنها لازالت تسبب لها العويل والبكاء . ولذا فإن المعالجين قد بدأوا فى الشك فى أن الصراخ قد أصبح ذو طبيعة وظيفية ، فى إشارة منهم إلى أن دموعها تنهمر بسبب كونها أصبحت خارج نطاق مركز الوعى والانتباه . ودارت مناقشة هذه الفكرة على النحو التالى :

* المعالج الأول : كاثى ، هيا نفحص هذه الفكرة «سأصرخ وأبكى» وكيف تصرخين عندما تنتابك حالة القلق ؟

* كاثى : أصرخ بشكل دائم تقريباً ، عند كل معاناة حقيقية من القلق .

* المعالج الأول : وما رأيك فى نوعية المواقف الاجتماعية التى تسبب لك البكاء لأنها تمثل مشكلة لك ؟ وإلى أى مدى تبكين بعدما تمرين بها ؟

* كاثى : (أجابت باستغراب) ، أقلق بسببها ، ولكنى لا أبكى إلا هنا عند التدريب الفعلى على التعرض .

* المعالج الأول : اذن ، لا تبكين طوال الوقت وأنت بعيدة عن الجلسات العلاجية ، فأنت دائماً ما تثير المواقف الاجتماعية قلقك ، ولكن بكاءك يحدث فقط فى إطار الجماعة .

* كاثى : نعم

عندئذ بدء المعالجون علاج فكرتها التلقائية «سأصرخ وأبكى» ، كمثال لوسيلة تنبؤية تساعد كاثى فى تطوير استجابة منطقية مضادة مفادها أن (٩٨٪ من الوقت تقضيه بلا بكاء ، وإنما يحدث ذلك عندما تكون وسط الجماعة العلاجية فقط) . لقد سمحت لهم هذه الخطة فى تشجيعها على توظيف استجابتها المنطقية عندما تغلبها دموعها وبكاؤها بشكل واضح مع تجاهل سلوك الصراخ أو العويل بطريقة أو بأخرى عندما تكون وسط الجماعة .

وظل الهدف من التعرض هو هدف الجلسة السابقة ذاته (القدرة على الاحتفاظ باستمرار الحوار والمحادثة لمدة أربع دقائق) . وعلى الرغم من أن دموع كاثى استمرت فى التساقط على خديها معظم فترات أداء الدور ، فإنها استطاعت المشاركة بفاعلية ونشاط فى الحوار لمدة ست دقائق ، مع انخفاض معدلات القلق (٨٠ ، ٧٠ ، ٦٠ ، ٥٠ ، ٤٠ ، ٤٠ ، ٣٠) . ثم بعد ذلك قدمت كاثى دعوة غير رسمية لأعضاء الفريق العلاجى والجماعة العلاجية لمشاهدة الخيالة (السينما) معاً، وظهر من خلال التعرض التالى أن مناقشة فكرة الصراخ قد انخفضت حدتها ثم تركز العلاج بعد ذلك على معدلات مقياس وحدات التنغيص .

* المعالج الأول : دعينا نفحص وحدات مقياس التنغيص ودرجاتك عليه ، فقد بدأت التدريب على التعرض ودرجة القلق عليه = ٨٠ درجة ثم بدأت تنخفض بانتظام حتى وصلت إلى ثلاثين درجة . فما الذى يحدث داخلك مع بداية شعورك بالراحة أكثر فأكثر ؟

* كاثى : ولأن المحادثة لابد من استمرار التدريب عليها ، فإن كلينا له فيها درجة الاهتمام ذاتها ، وكذلك القدر ذاته من تحمل المسئولية .

* المعالج الأول : اذن لديك القدرة على تحمل المسئولية خمسين بالمائة من استمرار المحادثة ؟

* كاثى : (أجابت بهمهمة) ، وأومأت برأسها بما يفيد الموافقة .

* المعالج الأول : اذن كل شئ يسير على ما يرام ، على الرغم من أنك لا نستطيعين تحمل المسئولية كاملة لاستمرار الحوار أو من أجل شعورك بالراحة والطمأنينة ؟

* المعالج الأول : وما معنى ذلك بالنسبة لرأيك فى أفكارك التلقائية الآتية : «ينبغى أن أتحمل مسئولية المحادثة» و «ينبغى أن أجعل السيدة الأخرى تشعر بالراحة» .

* كاثى : أعتقد أننى يجب أن أتحمل فقط مسئوليتى عن الحوار .

وكان واجب كاثى المنزلى للجلسة الثامنة هو الاستمرار فى المحادثة يوميا (على الأقل مرة فى الأسبوع بشرط أن تجريها مع شخص من الجنس الآخر ، وتبحث عن الطرق الممكنة لمقابلة الآخرين وعقد اللقاءات المعتمدة معهم ، كما أن عليهم أن تحدد طبيعة النشاطات التى يمكن أن تشارك فيها بالكلية ، وتكتشف مدى إمكانية الالتحاق بأحد النوادى الصحية (ويبدو أن شيئاً ما قد شغلها لعدة شهور) ، فقد كان أملها أن تستطيع الامتداد بشبكة علاقاتها الاجتماعية بحيث يصبح نشاطها الاجتماعى شديد التنظيم . قررت كاثى فى الأسبوع أنها كانت تجرى محادثة مع آخر يوميا ، وأنها وجدت نادى صحى وافق والدها على الاشتراك فى عضويته بعد أن دفعوا لها تكاليفها . ويبدو أن وجود فرص كافية بالكلية لتبادل التفاعل الاجتماعى الجاد بين الطلاب كانت قليلة جدا ، بسبب كونهم التحقوا فقط بها للتعليم وليس للإقامة لأنهم من خارج الولاية .

الجلسة التاسعة

لم تدرب كاثى على التعرض للمواقف الاجتماعية فى الجلسة التاسعة لأنه قد طلب منها أن تدعو إحدى زميلاتها فى العمل لأداء شئ ما بالتعاون معها ، مثل تناول طعام الغداء معا خلال الأسبوع ، أو فعل أى شئ خارج نطاق العمل . واستمرت واجباتها اليومية فى أخذ المبادرة بالبدء فى الحديث مع فرد ما من الجنس الآخر . وذكرت كاثى فى جلستها العاشرة أنها نجحت فى أداء واجباتها على مدى ستة أيام من السبعة ، ولكنها فشلت فى تقديم دعوة لأحد زملاء العمل ، وتعلمت كيف تبدأ الحوار مع الآخرين ، ولكنها لا تعرف ما يشجعها على الاستمرار فى فعل ذلك .

الجلسة العاشرة

كانت جميع مواقف التعرض التى خاضتها كاثى حتى الجلسة العاشرة تجرى من خلال تفاعلات اجتماعية من السيدات فقط . وليس من المعقول أن تنتهى مدة العلاج المعرفى – السلوكى للقلق الاجتماعى بسرعة ، من دون علاج مخاوفها الحادة من التفاعل الاجتماعى مع الجنس الآخر . ولذلك قام المعالجون فى هذه الجلسة بتعريضها إلى موقف اجتماعى يتضمن عددا من المحادثات وتبادل الحوار مع أحد الطلاب الذكور الذى يدرس معها بعض المقررات الجامعية. ولأن كلا من المعالجين كان سيدة ، ولأن أعضاء الجماعة العلاجية كلهم كانوا من الذكور الذين عانوا من خبرات القلق الاجتماعى عند التحدث مع الجنس الآخر ، فقد تم اختيار أحد الخريجين الذكور الذى يعمل مساعد باحث ، وتم ضمه للجماعة العلاجية ليؤدى دور أحد زملاء الدراسة (لكاثى) .

وقبل حضوره للجماعة العلاجية لأداء دوره ، تأكد المعالجون من ضرورة الامتداد بالسرية إليه والحفاظ عليها . ولذا فقد قابله المعالجون أولا ليصفوا له أداء دوره وليوضحوا له طبيعته . شرح له المعالجون أن كاثى غالبا ما تصبح فى حالة من الرعب والبكاء أثناء أداء الدور ، ولذا فيجب أن تتجاهل دموعها مع الاستمرار فى مساعدتها على إجراء الحوار . وإذا ما اشتد قلقها بشكل جاد ، سيوقف المعالجون عملية أداء الأدوار ، ويقومون بإعادة البناء المعرفى لبعض أفكارها التلقائية ، ثم تستمر بعد تهدئة نفسها فى استكمال أداء دورها .

وأثناء إعادة البناء المعرفى ، سجلت كاثى فكرتين تلقائيتين جديدتين هما : لا أستطيع التحدث مع الشباب» ، «وأنه قد يعتقد أننى غريبة الأطوار» . ويبدو أن الفكرة الثانية قد انبثقت عن الفكرة الأولى – لأن الشباب قد يعتقدون أنها غريبة الأطوار لمجرد أنها عاجزة عن الاستمرار فى تبادل الحوار والمحادثات . ولذا قرر المعالجون التركيز على الفكرة الأولى لأن طبيعتها المجردة تشير إلى أنه من السهل فضح زيفها بعملية أداء الدور ، هذا بالإضافة إلى أن هذه الفكرة ربما تكون قد أدت دورا مهما فى تجنبها لإجراء محادثات مع الجنس الآخر . وكانت كاثى قادرة على تحديد الفكرة بطريقة التفكير على أساس «الكل أو لاشئ» (لأنها ترى الأشياء إما سوداء أو بيضاء من دون ظلال رمادية ؛ أى أنها طرفين لا ثالث لهما) . ومع مزيد من المناقشة لما تقصده كاثى بعبارة «لا أستطيع التحدث» ، أصبح من الواضح أنها ربما تعجز عن النطق بما لا يزيد عن كلمة واحدة أو اثنتين . وعلى

الرغم من افتراض المعالجين بأنها ربما يكون إسهامها فى إجراء الحوار وتبادل الحديث شديد الضآلة لأنها تخاف من كونها ستظهر أمام الآخرين بأنها ليست متحدثة لبقة ، فإنهم ركزوا فى هذه المرحلة على مجرد التحدث ببساطة . وعندما طلبوا منها دليلا على اعتقادها بأنها ربما تنطق فقط بكلمة واحدة أو اثنتين عند التحدث مع شخص من الجنس الآخر ، كانت عاجزة عن تذكر أى حديث دار مع أى رجل من نفس العمر ، اللهم إلا رد التحية له أو مجرد الإجابة عن تساؤل جد قصير . إن مخاوفها المتصلة من عجزها عن التحدث ، جاءت – فى الحقيقة – نتيجة لكونها لم تتح لها أية فرصة لاختبار فروضها . ونظرا لعدم وجود دليل على كونها ستظل صامتة تماما ، لأنها تتحدث على الأقل مع أشخاص مع نفس جنسها ، وحدث ذلك مرات عديدة ، فيجب عليها أن تطور فكرة جديدة مفادها : «من الممكن التفكير فى شئ ما يمكن قوله شبيه باستجاباتها المنطقية السابقة» . ومن ثم فقد شجعها المعالجون أيضا على استخدام استجاباتها المنطقية التى كانت توظفها فى الجلسات السابقة . ولأن الترتيب لإجراء عملية التعرض جاء مختلفا إلى حد ما بسبب وجود مؤدى خارجي للدور ، فإن جزءاً من الجلسة قد تم تلخيصه على النحو التالى :

* المعالج الثانى : كاثى ، نحن مقبلون – كما ذكرنا لك ذلك مسبقا – على الاستعانة بأحد مساعدى البحث الذكور من خارج الجماعة ليساعدنا هذه الليلة فى أداء الأدوار فى عملية التعرض . وأود أن أذكر كل عضو من أعضاء الجماعة العلاجية بأن كل قواعد السرية وأصولها قد أحيط بها علما ، واتخذت كافة الإجراءات التى تحقق الطمأنينة الكافية لكم ، ومن ثم فإنه لن يشارك فى أى شئ رآه أو سمعه هنا مع أى شخص آخر خارج نطاق الجماعة ، وقبل أن ينضم لكم سيتم تدريبه على كل تفاصيل دوره . فهل يوجد لديك يا كاثى أى طالب من زملائك الذكور فى أى مقرر يمكنك التحدث معه أو يمكنك تخيل إمكانية التحدث معه ؟

* كاثى : حسن ، لا أدرى ، لأنه لم يسبق لى مطلقا التحدث مع واحد من زملائى الشباب ؟

* المعالج الثانى : وما رأيك فى طالب ما تجلسين بالقرب منه فى المحاضرات ، أو فى أى طالب آخر رأيتيه مرارا وتكرارا فى محاضرات أخرى ؟

* كاثى : ثمة شاب واحد يحضر معى محاضرات الاقتصاد ، كان قد فقد ذات مرة إحدى محاضراته ، فطلب منى الاستعانة بالمذكرات التى كتبتها فى هذه المحاضرة ، ولكننى مع ذلك لم أتحدث معه مطلقا .

* المعالج الثانى : وهل أَعَرْتِيه مذكراتك ؟

* كاثى : نعم

* المعالج الثانى : إذن لابد أن تكونى قد تحدثت معه قليلا عن مسألة إعارته مذكراتك .

* كاثى : جيد ، نعم ، ولكن مجرد تحديد الصفحات التى يريد نسخها .

* المعالج الثانى : يبدو لى أنه الشخص المناسب لأداء الدور ، فهل تعرفين عنه أى شئ بحيث يمكننا استدعاءه لمساعدتنا فى أداء الدور لكى يكون أكثر واقعية ؟

* كاثى : إطلاقا لا أعرف أكثر مما قلته ، فهو فقط فى مثل سنى . كما لا أعتقد أنه متخصص بشكل أساسى فى علم الاقتصاد ، وربما يؤخذ على أنه تخصص فرعى ، لأنه لا يبدو عليه أى اهتمام بمحاضرات هذا التخصص .

* المعالج الثانى : هذا حسن ، فهل لديك أى معلومات أخرى عنه ؟

* كاثى : سمعته يقول شيئاً ما لطالب آخر كذلك يدور حول كونه يعمل بالمكتبة .

* المعالج الثانى : وهو كذلك . متى تكون لديك فرصة كافية للتحدث إليه ؟ قبل المحاضرة أم بعدها ؟

* كاثى : قبل المحاضرة ، لأن كلينْا – على ما أعتقد – يصل قبلها عادة ومبكرا بحوالى بضع دقائق .

* المعالج الثانى : إذن دعينا نرتب لأداء حوار معه قبل المحاضرة ، ولذلك فنحن بحاجة لتحديد هدف علاجى معين . فهل لديك يا كاثى أية أفكار عن تحديد هذا الهدف ؟ وهل تستطيعون كمجموعة مساعدتها فى بلورة هذا الهدف وإخراجه إلى حيز الوجود ؟

استمرت الجماعة العلاجية فى مساعدة كاثى فى صياغة هدف كانت قد استخدمته حالة أخرى الأسبوع الماضى ، مفاده النطق بثلاث عبارات أو ثلاثة أسئلة تم الاتفاق عليها وقبولها . وجاء هذا الهدف العلاجى ملائما تماما فى جعل

كاثى تقوم باستبدال أفكارها التلقائية بهذه العبارات الثلاث ، وهى الأفكار التى تجعلها عاجزة عن النطق بأى شئ مطلقا . وبعد ذلك خرجت إحدى المعالجتين مسرعة من الحجرة لتحضر مساعد البحث للقيام بدوره .

* المعالج الثانى : يا ،دوج Doug ، هذه هى كاثى . يا كاثى ، هذا هو دوج . إنه سيساعدنا هذه الليلة فى جلستنا العلاجية . فلماذا لا تجلسا كلاكما على اريكة واحدة هناك ، هكذا جنبا إلى جنب ، كما لو كنتما فى محاضرة واحدة ، وهل يمكنك يا كاثى النظر إلى استجاباتك المنطقية المكتوبة على السبورة ؟ أمستعدون ؟

* كاثى : نعم

* المعالج الثانى : يتجسد موقف التعرض فى أنكما طالب وطالبة تدرسان معا مقرر الاقتصاد . يأخذ دوج هذا المقرر باعتباره مقررا إضافيا (إختياريا) ، ومن ثم فأنت لست مهتما به وبدراسته بالقدر الكافى ، ولكنك تدرس مقررا أساسيا آخر، فأختر منه ما تريد التأكيد عليه ، كما أنك بالإضافة إلى الدراسة تعمل موظفا بالمكتبة ، واستقرت مذكرات كاثى ذات مرة بأنك فقدت محاضرة فى علم الاقتصاد بسبب مرضك .

* دوج : وهو كذلك . أستطيع أداء هذا الدور .

* المعالج الثانى : يا كاثى ، هيا نراجع أول درجة من درجاتك على مقياس وحدات التنغيص وبعض استجاباتك المنطقية ، ثم عليك أن تبادرى بالتحدث مع دوج .

كانت كاثى قلقة جدا وعيناها مليئة بالدمع أثناء المحادثة ، وكانت معدلات درجاتها دقيقة بدقيقة تتراوح حول : ٩٠ ، ٩٠ ، ٨٠ ، ٨٠ ، ٨٠ ، ٧٠ ، وأحصت المعالجة خمسة أشياء لا تعد إجابات للأسئلة بشكل مباشر وكانت كاثى قادرة بشكل عام على مجاراة دوج ، ولكنه كان مضطراً لقيادتها وتحمل معظم عبء الحوار والمحادثة . ومع ذلك ، فإن كاثى قد واجهت اضطرابها وأظهرت بعض التعود على قلقها ، حتى إذا لم تكن قد استطاعت أن تكشف عن مهارة تامة فى الحوار وأداء هادئ رزين . وعند المناقشة بعد الانتهاء من أداء الدور ، كاثى أوضحت بأنها تعتقد أنها أدت الدور أحسن مما كانت تتوقع بكثير ، وأفاد دوج قائلا لها بأنها كانت لطيفة معه ، وأنه كان معجبا بها فعلا لأنها كانت قادرة على الإنصات ،

وكانت استجاباتها ملائمة للأسئلة إلى حد كبير رغم أنها كانت غير راضية ومشدودة وكانت قادرة على الاعتراف بأن أفكارها التلقائية التى كانت تدور حول عجزها عن النطق بأى شئ لم تعد بالقوة السابقة ولم يعد هناك ما يساندها ويؤيدها.

وبالنسبة لواجباتها المنزلية ، فقد وافقت كاثى على الاستمرار فى التدريب على إجراء محادثات يومية ، بشرط أن تكون منها اثنتان – على الأقل – مع أحد الطلاب أو الرجال الذكور ويكون فى مثل سنها ، ولأنها لم تنجز الواجب المنزلى الأسبوعى بدعوة زميل عملها للقيام بعمل أو مهمة ما ، فكان عليها أن تقوم بالمهمة نفسها ضمن واجبها المنزلى فى هذا الأسبوع . ولكن لأن كاثى كانت قد ذكرت أن المشكلة التى كانت تمثل عقبة أمامها خلال الأسبوع الماضى تكمن فى كونها لم تكن تعرف ما نوع النشاط الذى تختاره للاشتراك معا فى التحدث حوله، فقد قامت الجماعة العلاجية بتحديد بعض الأفكار بطريقة المفاكرة أو العصف الذهنى[1] فى شكل نشاطات أو أشياء يمكنها مع زميل العمل أو أى طالب آخر من مدرستها القيام بها وتنفيذها (مثل تناول فنجان من القهوة بعد انتهاء المحاضرة للتحدث حول الامتحان القادم) . هذا ، وقد أعطيت كاثى تعليمات محددة للاتصال بالمعالجين إذا ما كانت بحاجة لأى أفكار أخرى خلال الأسبوع لتنفيذها . وفى الجلسة التالية ، ذكرت كاثى أنها أنجزت عددا كبيرا من المحادثات والتفاعلات الاجتماعية تجاوز ما كلفت به على مدى الأسبوع ، بل استطاعت أن تجرى حوارا يوميا مع أحد زملائها ، ولكنها مع ذلك لم تستطع توجيه الدعوة مرة ثانية لأى زميل من زملائها .

الجلسة الحادية عشرة

أجرى التعرض الأخير لكاثى أثناء هذه الجلسة . وقرر المعالجون لمواجهة الصعوبة التى تمنع كاثى من استكمال واجباتها المنزلية على أحسن وجه ، استخدام التعرض الأخير للكشف عن سبب عجزها عن توجيه الدعوة لأحد زملائها والقيام بحوار معه . أشارت كاثى إلى أن أشد الصعوبات أمامها على الإطلاق هى أن تطلب من شخص لا تعرفه موعدا أو أن تتحدث معه . ومن ثم كان على المعالجين اختيار موقف قليل التهديد بالنسبة لها أو لا ، ولكن لأن العلاج كان

(1) brain storming .

وشك الانتهاء ، فقد قررنا القيام بموقف «توجيه الدعوة لأحد الزملاء» سريعا . وإذا ما عجزت كاثى عن إكمال أداء دورها فى هذه الجلسة ، سيعاد ترتيب الجلسة الثانية عشرة بالشكل الذى يعطيها فرصة أخرى للنجاح فى أداء هذا الدور قبل انتهاء العلاج كما أن هذا الترتيب سيعطيها فرصة ثانية لإجراء الحوار الاجتماعى مع شخص من الجنس الآخر ، وهذا هو أهم احتياجاتها التى جاءت من أجلها لهذا البرنامج العلاجى .

تم ترتيب عملية أداء الأدوار بحيث تكون شبيهة بمثيلتها التى أجريت فى الأسبوع الماضى ، وقام مساعد البحث بدور زميل الدراسة . وكانت تعليمات المعالجين لهما هى الاستمرار فى المحادثة بينها والحوار حتى تعطى كاثى إشارة بالسماح لها فى توجيه الدعوة لزميلها . بعدئذ استطاعت كاثى أن تفعل ذلك كلما شعرت أن الفرصة تسمح بذلك . وكان لهذه الخطة العلاجية ثلاث مزايا ، هى : أولا ، تطيل أمد (فترة) التفاعل الاجتماعى ، وتجعل الحالة تندمج فى الحوار الاجتماعى الغيرى . وثانيا : تقى الحالة ضد تجنب قلقها عن طريق الرد على الأسئلة من دون تفكير وبشكل مباشر . وأخيرا ، تجعل الموقف أكثر واقعية ، لأن طلب موعد من شخص من الجنس الآخر سيتم فى سياق استمرار المحادثة بلا أدنى حرج . إن مرضى الرهاب الاجتماعى بارعون بجدارة فى الدمج بين الدعوة والموضوع المنشغلين به ، وخاصة فى ضوء خبراتهم بهذه المواقف . وهذا يدفع أعضاء الجماعة العلاجية على إصدار استجابات إيجابية فى مثل هذه المواقف ، تبين للحالة التى يتم علاجها أن معايشة هذه المواقف الاجتماعية والتفاعل معها أمر سهل وميسور . وعلى الرغم من أن الصورة الذهنية الإيجابية تعد صورة غريبة لمفهوم الذات لدى مرضى الرهاب الاجتماعى ، فإنها غالبا ما تكافئ صورتهم الذهنية المثالية ، ومن ثم فهم يستطيعون توظيفها كمدعم قوى للغاية فى التخلص من اضطراباتهم .

وكان التوقع أن هناك مجموعة من الأفكار الأولية يمكن أن تكشف عنها عملية التعرض ، وهى : تفكر أنها «إذا طلبت من زميلها موعدا ، فإن عليها بعد ذلك أن تخرج معه» ، ومن ثم فإنه سيكتشف أننى ضعيفة وغريبة الأطوار أثناء الموعد لأننى سأكون قلقة» ، «ولا أدرى ماذا سأقول أثناء الموعد» ، «وساعتئذ فإنه سيعزف فعلا عن الخروج معى أو حتى الموافقة عليه بعد ذلك» . واعترفت كاثى بأن الفكرة الأولى هى التى تمنعها من إتمام واجباتها المنزلية العلاجية . كما أنها

تخشى الخضوع للحدث أو الموقف الاجتماعى لأنها ستصبح شديدة القلق لدرجة أنه سيستغرقها تماما ، وسيكون نوعا من الحمق أن تتجنب شيئا ما هى قد بدأته . وكان أشد درجات الخوف لدى كاثى من أن زميلها قد يوافقها على دعوتها والحضور فى الموعد المحدد ، وفقا لما أشارت إليه أفكارها التلقائية الثلاث الأولى ، ومن ثم فقد ساعدها المعالجون والجماعة العلاجية على قتلها وتدميرها جميعا فى موقف واحد وفى عملية التعرض وفى وقت واحد ، فهى قد ركزت أولا على الدعوة ، ومن ثم إذا استجاب لها بنعم ، فهى ستستخدم مهاراتها المعرفية وتوظفها أثناء الحوار الاجتماعى وعند الإعداد للموعد واللقاء نفسه . وكانت كاثى قادرة على توليد استجابة منطقية لتلخص هذه الخطة («أستطيع القلق على الموعد فيما بعد») ، مما يفيدها فى مواجهة فكرتها التلقائية «بأن أحدا لا يجب الخروج معها» . ولذلك فإنها ستشعر بقليل من القلق إزاء موعد لن يتم أبدا .

ولقد اندمجت الفكرة الرابعة بفكرة مفادها «أن موافقته على الموعد لا تشير إلى كونه يريد أو يرغب فى الخروج معها ، ولذا فقد حاول المعالجون فحص هذه المشكلة على النحو التالى :

* المعالج الثانى : لماذا يقول زميلك نعم وهو لا يريد الخروج معك ؟

* كاثى : لا أدرى . ربما يشعر بالأسف من أجلى أو شئ من هذا القبيل .

* المعالج الثانى : اذن معنى ذلك أنه يأسف من أجلك ثم يوافق على الخروج معك. ربما يقول نعم لأى سبب أخر ، ولا يقصد الموافقة جديا ؟

* كاثى : لا أدرى . ولم أفكّر فى هذا أبدا .

* المعالج الثانى : وما رأيك فى باقى الأفكار الأخرى ؟ وهل لديك أفكار حول سبب موافقة زميلك على موعد لايريده ؟

* المعالج الرابع : ليس فى هذا النوع من المواقف ، أن الإنسان يرتب لموعد مع صديقته ثم يخلو بها . وإلا ما السبب الذى يجعله يوافق على اللقاء وقبول الدعوة ثم يرفض . أعتقد أنه بالنسبة للموقف الذى تتحدثين عنه ، يكون من السهل على الإنسان أن يرفض منذ البداية إذا لم يكن له رغبة فى الحضور . وحتى إذا لم يقل شيئاً لا بالقبول ولا بالرفض إزاء الموعد الذى طلبت منه الحضور فيه ، فبإمكانه الاعتذار عن الحضور بعد ذلك . أعتقد أنك تبالغين فى هذا الموضوع ، لأن زميلك إذا ما قرر الحضور ، فإنه سيحضر لأنه يريد ذلك .

* كاثى : ربما ، ولكنى لا أدرى .

* المعالج الثانى : أعتقد أنك لست مقتنعة بهذا الرأى . فما الدليل الذى تستطيعين أن تسوقينه لنا على أن شخصا ما يمكن أن يقول نعم وهو لا يقصد ولا يعنى ما يقول ؟

* كاثى : لا أدرى ، ولكننى ذكرت لكم ما أقتنع به .

* المعالج الثانى : (أجابت بهمهة) . يبدو أننا أمام قدر من التشويه المعرفى هنا كما واجهنا بعضه هناك فى بعض الجلسات الأولى ؟ فما رأيكم أيها الجمع ؟

* المعالج الثالث : إنها تبدو كمن يقرأ أفكار الآخرين قبل أن ينطقوا بها ، لأنها تخمن ما يمكن أن يفكر فيه زميلها .

* المعالج الثانى : هل تعتقدين أن هذا صحيح يا كاثى ؟

* كاثى : نعم ، ولكنى لا أملك أى دليل بالفعل على ما أقول .

* المعالج الثانى : إذن إذا كنت تحاولين وتقرأين أفكاره ، فهل انتهيت إلى أنه لا يريد الخروج معك ؟

* كاثى : نعم .

* المعالج الثانى : وما الذى يمكن أن تنتهى إليه إذا ما أخذت فى حسابك ما يمكن أن ترينه أو تسمعينه ، أى ما يقوله ويفعله ؟

* كاثى : حسن ، هو يمكن أن يقول نعم ويمكنه أن يخرج معى بالفعل .

* المعالج الثانى : إذن ، قد تقرأين أنه لا يريد الخروج معك ، ولكنك إذا نظرت إلى كلماته وتأملت أفعاله ، فستجدينه يفعل . فأى الرأيين هو الأكثر ثباتا ؟ إذا ما غامرت مثلا ووضعت نقودك ضمن أحد الوعاءين ، فأيهما يمكن أن تراهنى عليه ؟

* كاثى : الرأى الآتى : إذا ما وافق على الحضور ، فإنه يريد الخروج معى.

* المعالج الثانى : إذن ما الرأى الذى يمكن أن تنتهى إليه ، وتراهنين عليه فى القريب العاجل ؟

* كاثى : الإجابة نفسها . من المحتمل أنه لم يقل نعم ، فمعنى ذلك أنه لا يريد الخروج معى .

* المعالج الثانى : يشبه هذا الرأى استجاباتك المنطقية . فهل تريدين توظيفها فى هذا الموقف أيضا ؟

لقد سجلنا على السبورة ثلاث جمل كاستجابات منطقية ليتم توظيفها فى مواقف التعرض ، هى جملة من الأسبوع الماضى مفادها («يمكننى التفكير فى شئ ما يمكن قوله») ، واثنتان تم الحصول عليهما خلال هذا الأسبوع («أتحسر على موعد تأخر» ، «وربما لا يقول نعم إذا لم يكن يريد الخروج معى») . وكان الموقف المطلوب تمثيله شبيه بذاك الذى تم تمثيله الأسبوع الماضى . وقام مساعد الباحث بأداء دور طالب آخر يعد أحد زملائها الذى ستقوم بإجراء عدد من المحادثات معه كجزء من واجباتها اليومية المتصلة بالتعرض للتفاعل الاجتماعى فى مواقف الحياة الطبيعية . وكان الهدف العلاجى من عملية التعرض هو أن تطلب منه الخروج معها ، بالإضافة إلى الترتيب لذلك من حيث تحديد اليوم والزمان والمكان وهكذا . وقبل أن يدلف المساعد إلى الحجرة ليقوم بدوره ، أعطيت له تعليمات بالاستجابة للدعوة بحماسة ، مع التفاوض معها على أمر واحد من أمور الترتيب للخروج .

وكانت معدلات درجاتها على مقياس وحدات التنغيص الاجتماعى أقل إلى حد ما من مثيلاتها فى الأسبوع الماضى (٨٠ ، ٨٠ ، ٨٠ ، ٧٠ ، ٧٠ ، ٧٠ ، ٧٠ ، ٧٠ ، ٦٠) ، وهبطت عشر درجات بعدما طلبت من زميلها الذهاب معها إلى السينما (الخيالة) على مدى أربع دقائق . وتم عرض الدعوة فى سياق مناقشاتهما حول أنواع الخيالة (السينما) وأنماط الأفلام المعروضة . وبعدما أشار إلى فيلم محدد يحب هو مشاهدته ، فهى قد اقترحت أن يشاهداه معا . وعندما اقترحت أن يكون ذلك مساء يوم الجمعة رد عليها بأنه مشغول هذه الليلة ولكنه يمكن مشاهدته معا يوم السبت . لقد شاركت كاثى فى المحادثات أكثر وأكثر بالمقارنة بجلسات التعرض المباشر السابقة ، ولكن عيناها لا زالت تفيض بالدمع حزنا وخوفاً عندما يمر الحوار بمنعطفات معينة عديدة . وعلى الرغم من استمرار شعور الجماعة العلاجية بالتنغيص والكدر إزاء دموعها البادية ، فإنهم كانوا مسرورين جداً لمستوى أدائها ، وكانوا يساعدونها ويقيلونها من عثرتها بسرعة عندما كانت تحاول فقد الجوانب الإيجابية من سلوكها .

وبالإضافة إلى استمرار المحادثات اليومية ، كان أحد واجباتها المنزلية للجلسة الحادية عشرة ، أن تقوم مرة أخرى بتوجيه الدعوة لشخص ما مرة ثانية

ليفعلا معا شيئاً ما ، كتناول الشاى مثلا . ولمواجهة فشلها السابق فى القيام بهذا الواجب ، تم تكليفها بالقيام بمهمة محددة تتصل بأداء الدور الذى تم تمثيله فى عملية التعرض . ووافقت فعلاً على دعوة أحد زملائها إما من الذكور أو الإناث لتناول فنجان من القهوة أو أى شراب ساخن بعد انتهاء المحاضرة . قررت كاثى فى الأسبوع التالى أنها دعت زميلة لتناول فنجان من القهوة معاً ، ولكنها اعتذرت لعدم وجود وقت فراغ لديها . ولأن طلب الدعوة من الآخرين – وليس النشاط الفعلى – كان هو المحك العلاجى ، فتم النظر إلى قيامها بهذا الواجب المنزلى على أنه نجاح لها قد أحرزته وقررت كاثى أيضا أنها عانت درجة متوسطة من القلق أثناء إتمام المهمة ، وترى أنها لازالت قادرة على تكرار الدعوة لآخرين مرة ثانية .

الجلسة الثانية عشرة

تم تكريس النصف الأول من الجلسة تقريبا – وكما ذكرنا ذلك مسبقا – لمراجعة الواجب المنزلى وموقف إلى موقفين للتعرض المباشر . وتم تكريس الساعة الأخيرة من الجلسة لمراجعة مدى التقدم فى حالتها ، وتحديد الأهداف قصيرة المدى لكل عضو من أعضاء الجماعة العلاجية ، وتجهيز جداول المتابعة ، وكلمات الوداع . ولم تخضع كاثى فى الجلسة الأخيرة لعملية التعرض . وعلى الرغم من أنها تحرز تقدماً كبيراً ، فإنه كان من الممكن تحديد بعض الخطوات الإيجابية من قبيل زيادة عدد المحادثات والدعوات ومواقف التفاعل الاجتماعى المبرر . وكانت الجماعة العلاجية شديدة الإيجابية والمساندة لها ولشجاعتها فى مواجهة مواقف التعرض الصعبة . وأكد المعالجون هذا ، على الرغم من استمرار فيض عينيها بالدمع كمدا عند وجودها فى جماعة علاجية ، ومع ذلك فهى لم تعد تدْمع عند أداء واجباتها المنزلية فى سياق الحياة الاجتماعية الطبيعية . وهيأت كاثى نفسها لإنجاز هدف قصير المدى مفاده الاستمرار فى الدخول فى تفاعل اجتماعى يومى واحد على الأقل من تلك التفاعلات التى كانت تتجنبها فى الماضى ، بما فى ذلك أنواع الحوار والمحادثات المبررة(1) . وأكد المعالجون أهمية التوظيف المستمر للمهارات المعرفية المنطقية التى أعيد صياغتها ، وأعْطوا كل عضو من أعضاء الجماعة نسخاً جديدة من المكاسب ونتائج الأساليب العلاجية التى تدربوا عليها مسبقاً لتسهل استمرار الجهد بهدف عدم الانتكاس . وانتهت

(1) Casual conversations .

الجلسة بعد قضاء حوالى نصف الساعة الأخير فى تناول المشروبات الساخنة وبعض العجائن . وتم الاتفاق ، عند تحديد جلسات المتابعة بدءاً من الأسبوع التالى ، وهى جلسات فردية بالطبع ، على استمرار كاثى فى محاولة التدريب على عمليات التعرض فى أماكن دراستها مستخدمة المهارات المعرفية التى تعلمتها فى جلسات العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى السابقة . وإذا فشلت فى إحراز أقدار من التقدم ، فيجب استمرارها ضمن برنامج علاجى إضافى .

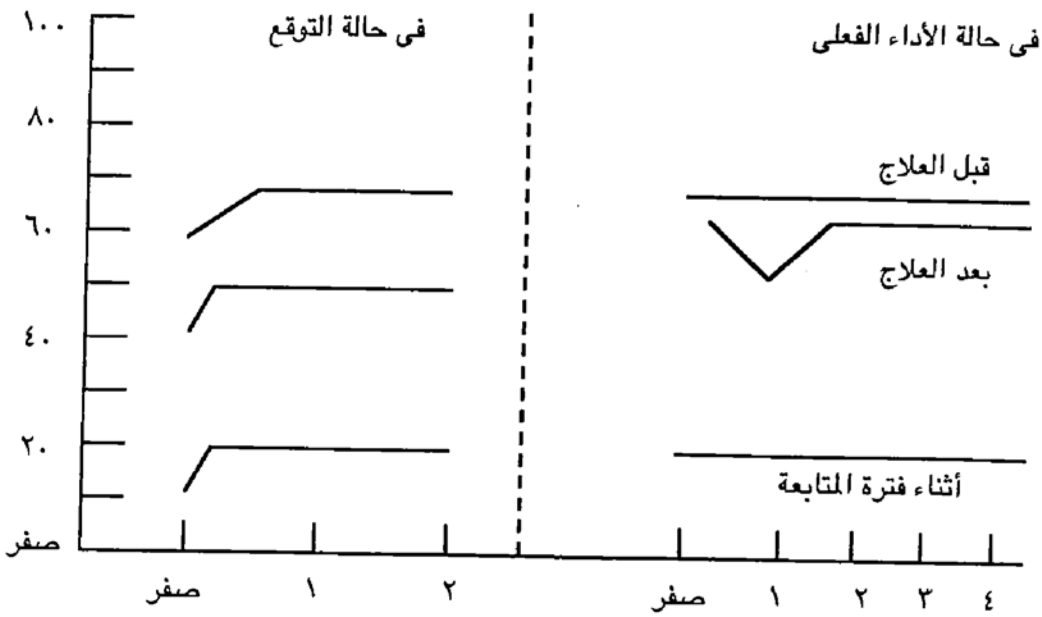
التقييم البعدي لآثار العلاج(١)

كررت كاثى الأداء على بطارية تقدير قلقها ومخاوفها الاجتماعية التى كانت قد أتمتها قبل البدء فى العلاج . وكما يكشف الجدول (٦ – ٣) فإن اختصاصياً نفسياً عيادياً محايداً ومستقلا عن الجماعة العلاجية ، قدّر أداءها ، الذى يشير إلى تحسن معتدل ، ولكنه لا زال يقع ضمن مدى الشدّة والحدة العيادية(٢) (حصلت على أربع درجات على مقياس تقدير الأطباء لقلقها بعد العلاج) . أما استخبارات التقرير الذاتى فقد كشفت عن رأى أكثر تفاؤلا لمدى تحسنها وتقدمها مع أقدار من التحسن الحقيقى على استخبارات الخوف من التقييم السلبى من قبل الآخرين (FNE) ، والتجنب والتنغيص الاجتماعى (SADS) واستخبار الخوف الاجتماعى (FQ) كمقياس للرهاب الاجتماعى . وتحسنت درجة الاكتئاب – وفقا لقائمة بيك للاكتئاب كحالة (BDI) – تحسنا جوهريا شديدا بحيث انخفضت من ١٣ ثلاث عشرة درجة إلى ثلاث درجات . وكان التحسن وفقا لأدائها على تساقا ولكنه أيضا كان تحسنا٢١٣الاختبار التدريجى لمعدلات الخوف والتجنب أشد ا معتدلا (راجع الجدول (٥ – ٣) . وكان التغير السلبى الوحيد الذى زاد زيادة طفيفة لدى كاثى طبقا لأدائها على المقاييس المنبثقة عن الاختبار السلوكى هو القلق التوقعى الذى ربطت بينه وبين ميلها لكونها ستصبح مرعوبة وميالة للبكاء (راجع الشكل ١ –٣) . وتتسق هذه الصورة مع وجهة نظر المعالجين حول مدى تحسنها وتقدمها . فهى قد بدت أكثر تفاؤلا وأقل ميلا لتجنب المواقف المخيفة وفقا لتحسن درجاتها على استخبار الخوف المنبثق عن مقياس الرهاب الاجتماعى ومقياس التجنب والتنغيص الاجتماعى ، ومع ذلك فهى لازالت تعانى من درجات معتبرة من الخوف .

(1) posttreatment assessment .
(2) clinical Severity .

جدول (٦ - ٣)
التقدير النفسى لمدى التحسن لدى كاثى قبل العلاج وبعده وأثناء المتابعة لمدة ستة شهور

المقاييس	قبل العلاج	بعد العلاج	أثناء المتابعة
تقدير الأطباء النفسيين لقلقها (CSR)	٥	٤	٢
قائمة بيك للاكتئاب (BDI)	١٣	٣	صفر
مقياس التجنب والتنغيص الاجتماعي (SADS)	٢١	١٣	٦
مقياس الخوف من التقييم السلبي (FNE)	٣٠	٢٣	١١
مقياس الخوف كمؤشر للرهاب الاجتماعي (FQ)	٢٤	١٠	١٠
مقاييس التقدير السلوكى			
ذروة القلق (Peak anxiety)	٨٠	٨٠	٢٠
نوعية الأداء (Perormance quality)	٣٠	٣٠	٨٠



الشكل (١ - ٣) معدلات الأداء على مقياس وحدات التنغيص الذاتى (SUDS) قبل وأثناء الاختبار السلوكى الفردى لدى كاثى قبل العلاج وبعده وأثناء المتابعة لمدة ستة شهور .

متابعة لمدة ستة شهور

استمرت كاثى فى التعرض المباشر فى مكان الدراسة والعمل فى الفترة بين التقييم بعد العلاج وستة شهور بعد إنتهاء العلاج ، واشتملت عملية التعرض المباشر على الاستمرار فى الانضمام للنادى الصحى واستمرار التعرف على زملاء الدراسة والعمل ، ومن ثم فهى لم تعد بحاجة للعلاج النفسى المتخصص . ولقد تحسنت كاثى بشكل جوهرى خلال فترة المتابعة والاستمرار فى ممارسة تدريبات التعرض، كما تكشف عن ذلك البيانات التى تعرضها الجداول والأشكال أرقام (٣-٥) و (٣ - ٦) و (١ - ٣) . فقد أعطاها الطبيب المحايد درجتين فقط على مقياس التقدير الطبى لمظاهر القلق الاجتماعى ، مما يشير إلى أن الرهاب الاجتماعى قد انخفض ولكنه لا زال منغصا لها ، على الرغم من كونه ليس ناتجا عن عجز فى أداء الأدوار . وانخفضت الدرجات على جميع مقاييس التقدير الذاتى بحيث يمكن تصنيفها ضمن الانحراف المعيارى لمتوسط المجموعات غير الإكلينيكية . وعلى الرغم من أن كاثى لازالت تعترف بمعاناتها الجوهرية من القلق باعتباره من أشد المواقف الاجتماعية تهديدا لها فى مدرج المواقف التى تتعرض لها ، فإنها لم تعد تتجنب هذه المواقف ولا غيرها من المواقف التى يشتمل عليها المدرج . على أية حال ، لقد تحسنت كاثى تماما وفقا لأدائها على الاختبارات السلوكية . وكانت قادرة منذ بداية فترة المتابعة على التحدث مع ممثل الدور من دون بكاء أو اعتماد شديد عليه فى تحمل نصف عبء المحادثة . وكانت معدلات قلقها تنخفض مع مرور الوقت بشدة ، ولم تعد بادية لأى شخص يمكن أن يراها حقيقية أو مصورة بهدف تقويم درجة قلقها . ولقد أعطت نفسها لأول وهلة تقييما ايجابيا لنوعية أدائها مما يشير إلى تحسنها وحصولها على خمسين درجة من مائة درجة .

وعلى مدى عام كامل تقريبا وبعد ستة أشهر من القياس المتكرر خلال فترة المتابعة ، قررت والدة كاثى أنها فى غاية السرور من تحسن ابنتها وتقدمها فى العلاج ، ووصفتها بأنها «إنسانة جديدة» ، وذكرت أن ابنتها قد انتقلت إلى كلية أخرى بمدينة أخرى لا تعرف أحدا ومع ذلك استطاعت عمل صداقات جديدة مع استمتاعها باستقلاليتها .

اعتبارات علاجية أخري

تكشف حالة كاثي عن سلسلة من التعرض المتزامن عبر مجموعة من جلسات العلاج السلوكى – المعرفى الجمعى . وعبر هذه الرحلة العلاجية الطويلة ، مرت فترات عديدة ، كنا فى حاجة لبعض التفكير الإبداعى لخلق موقف اجتماعى يسبب الرهاب لدى الحالة ، ويستمر لديها حتى يعطى أسلوب التعرض فائدته المرجوة مهما طالت فترات الشعور بالتهديد . ولقد تم إعداد مجموعة من الأمثلة لمثل هذه المواقف الاجتماعية ونصوص حواراتها المتصلة بأسلوب التعرض لها ، سنعرض لبعضها فى الفقرات التالية . (ولمزيد من الإحاطة بأفكار التعرض ، راجع هوب Hope ، ١٩٩٣ ، وهيمبرج ، ١٩٩١) .

مواقف اجتماعية قصيرة

يخاف مرضى الرهاب الاجتماعى فى بعض المناسبات من بعض المواقف القصيرة ، من قبيل طلب المساعدة وطلب النصيحة ، وطلب التوجيهات والإرشادات ، وتوقيع أسمائهم ، ومقاطعة بعض محادثاتهم ، والعجز عن المشاركة فى الحديث ، والعجز عن مواصلة الحوار . وعند مرورهم بأى موقف من هذه المواقف الاجتماعية ، على الرغم من أن الموقف يكون قصيرا للغاية ، فإنه يسبب لهم درجة حادة من القلق مباشرة ، وينتهى الموقف قبل أن يحدث نوع من التعود عليه وقبل أن يستطيع توظيف مهاراته وخططه المعرفية . ويكمن الحل فى تكرار التعرض للموقف القصير المثير للقلق الاجتماعى أو المثير للرهاب الاجتماعى . ويمكن أن يتم ذلك فى غرفة العيادة بتنظيم محدد يقوم به مجموعة من المعالجين ومجموعة من الحالات تمثل جماعة علاجية متشابهة فى عدد من الخصال . وتخضع كل حالة لمجموعة من الأساليب العلاجية ، واحدا تلو الآخر ، حتى إذا وصلت لآخر أسلوب منها ، انخفض قلقها أو رهابها الاجتماعى بدرجة غير معوقة للأداء الاجتماعى . فالحالة التى تم علاجها ، وفقا لهذا البرنامج أصبحت قلقة عندما كان عليها أن تقوم بتبادل الأحاديث مع جمع من الأفراد فى إحدى الحفلات . وساعة أن يشارك المريض فى المحادثات الاجتماعية ، ينخفض قلقه ، ولكنه للأسف يتجنب المشاركة فى الحفلات بشكل متكرر لأنه يقضى معظم وقته فيها منعزلا بمفرده . ويتكون أحد أدوار التعرض التى يقوم المريض بتمثيلها من زوجين من أعضاء الجماعة العلاجية يقومان بتبادل الأحاديث ، ويستمران فى الحوار ، ثم يتحول الدور إلى زوجين آخرين من الأعضاء بعد إنجاز ثلاث إلى

أربع مرات تدريب على إجراء الحوار الاجتماعى . وعلى مدى ثمانى دقائق من التعرض يقوم المريض بسبع محادثات بهدف تخفيض معدلات القلق فى كل مواجهة لأى موقف اجتماعى .

ويمكن أن يضاف بعد آخر لهذا النمط من التعرض ، بحيث يتضمن هذا البعد مشاركا خارجيا يقوم بتمثيل أدوار سلوكية متباينة معدة له سلفا وبتعليمات محددة بهدف تخفيض حدة المخاوف الاجتماعية لدى كل عضو من أعضاء الجماعة العلاجية . فعلى سبيل المثال ، كان لدينا مريض بالرهاب الاجتماعى ، يتجنب طلب أى مساعدة من أصدقائه أو جيرانه بشكل متكرر ، ومن ثم تم تدريبه من خلال تمثيل أدوار مع مشاركين خارجيين يقومون بدور الأصدقاء أو الجيران على طلب خدمات منهم وفقا لبنود محددة وبسيطة ، من قبيل السير معا للعمل أو للكلية ، أو نقله للمطار وتوديعه عند السفر وهكذا ، ولأنه كان يخشى من رفض الآخرين لطلباته ، كان المعالجون يوجهون المشاركين فى أداء هذه الأدوار بأن يكونوا شديدى الحماسة والتطلف مع سرعة الاستجابة لطلباته . وكان المريض يدخل بل يواجه كل موقف وهو لا يدرى ما إذا كان القائم بتمثيل الدور أمامه سيستجيب له أم لا ، وما إذا كان سيكون لطيفا فى استجاباته أم لا ، بحيث يأتى الموقف شبيها إلى حد كبير بما يحدث فى سياق الحياة الطبيعية .

الأعراض الجسمية

إن قلق مريض الرهاب الاجتماعى يرتفع فى بعض الأحيان ، حتى يظهر فى شكل عدد من الأعراض الجسمية ، من قبيل ظهور العرق الغزير ، والارتباك ، وإحمرار الوجه ، ورعشة اليدين ، وهى أعراض تكون بادية بحيث يراها الآخرون. وفى الغالب ، تكون أحكامهم ، حول شدة ووضوح الأعراض البادية أمر مبالغ فيه إلى حد كبير . وفى مثل هذه الحالات ، فإن معدلات تقدير شدة القلق التى يصدرها أعضاء الجماعة العلاجية وفقا لهذه الأعراض الجسمية الظاهرة لدى أحد زملائهم من المرضى ، تكون مرتفعة على الرغم من تدريبه على توظيف مهارات إعادة البناء المعرفى لأفكارهم ومعتقداتهم وإدراكاتهم المشوهة معرفيا . ولذلك فإنه لسوء الحظ ، إذا ما اعترف بعض المرضى - وهذا غالبا ما يحدث - بأنه على الرغم من انخفاض حدة القلق أو الرهاب الاجتماعى عن ذى قبل ، فإن بعض الأعراض ستظل شديدة ، ومن ثم فإن الآخرين يقدرونها تقديرا سلبيا ، ويرون أنها تقاوم العلاج ، ويرون أنها نوع من الكوارث المرضية . وفى مثل هذه

الحالات ، يصبح من المهم ، ابتكار وخلق هذا العرض داخل الجماعة العلاجية (أو فى الموقف العلاجى) ، كما يكلف المريض بممارسة التعرض له فى الحياة الطبيعية ضمن واجباته المنزلية أيضا .

إن أحد الأعراض الشائعة التى تحتاج إلى أن تبتكر ضمن العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى هو العرق أو التعرق . ويمكن أن يخلق عن طريق شرب المشارك فى تمثيل الدور سوائل أو مشروبات ساخنة ، أو بالوقوف فى مواجهة موقد حار مع ارتدائه لبعض الملابس الثقيلة ، أو بممارسته لبعض التمرينات الرياضية العنيفة قبل الدخول مباشرة لموقف التعرض . ووفا لإحدى الحالات التى عرضها «هوب وهيمبيرج (١٩٩٥) ، كانت ترتدى بعض القمصان الداخلية الخفيفة التى تكشف عن عرق غزير ، كان يساعدها فى إتقانها لتمثيل دورها .

تجسيد العواقب المخيفة غير المرغوب فيها

بعد مرة أو مرتين للتعرض فى وجود الجماعة العلاجية ، ربما يصبح واضحا أنه إلى أن يمر المريض ببعض الخبرات والمواقف الاجتماعية ، فإنه سيظل معايشا لحالة من الخوف المتوقع حدوثها . إن احتمالات وقوع الحدث المخيف أمر بعيد المنال ، ولكن احتمالات حدوثه لازالت واردة . ولذلك فإنه إذا ما أوقف الفرد عملية تجنب المواقف الاجتماعية المثيرة للقلق والرهاب ، فإنه سيكون من الصعب عليه أن يقاوم مخاوفه الأساسية خلال فترة قصيرة . وتتضمن الأمثلة الدالة على ذلك هؤلاء المرضى الذين ينتابهم الرهاب الاجتماعى بسبب ضرورة مشاركتهم فى إلقاء خطبة أو محاضرة عامة ، ومن ثم فهم يخافون من النقد العدائى أو سخرية الجمهور أو إسقاطاته اللاذعة أو توجيه نظرهم إليه وهو يستعد للوصول لمنصة إلقاء الخطبة أو المحاضرة . وربما يحتفظ مرضى الرهاب الاجتماعى العام ذوى القلق المتواصل بصور ذهنية حية جدا للزميل أو الرفيق الذى يطلبون منه موعدا فسخر منهم أمام الآخرين بطريقة صاخبة أو أهانهم عندما طلبوا منه تحديد موعد محدد . على أية حال هذه مجرد نماذج لمواقف اجتماعية تكون فيها مميزات التعرض وفقا لأداء الأدوار فى الجلسات العلاجية الجماعية أفضل بكثير من مميزات التعرض لهذه المواقف فى الحياة الطبيعية . ويمكن أن ترتب أو تعد كل هذه المواقف والظروف داخل الجماعة العلاجية ، عن طريق إيجاد مجموعة من الأفراد يأخذون دور الجمهور أو المشاركين فى عمليات التفاعل . ويرى

أعضاء الجماعة العلاجية أن مثل هذه المواقف المعدة والمرتبة سلفا تبدو لهم كما لو كانت حقيقية فعلا .

وعلى سبيل الحذر ، عند إعداد مثل هذه الترتيبات المتصلة بعملية التعرض ، يكون المعالجون بحاجة إلى وقت محدد لتوظيف إعادة البناء المعرفى لدى مرضى الرهاب الاجتماعى قبل التعرض وبعده بهدف إعداد واختيار العضو المستهدف لهذه العملية بكفاءة . وربما تتم عملية تحديد العضو الذى سيخضع لعملية التعرض بطريقة آلية ، لأن المشاركين فى التعرض يقررون أنهم غير مرتاحين تماما للقيام بدور الشخص العدائى لسبب وحيد هو أنهم بالفعل لا يشير بأى نوع من العدائية للمريض . وبالطريقة نفسها قد يكشف بعض أعضاء الجماعة الآخرين بسرعة عن إعجابهم الشديد بالطريقة التى أدى بها المريض دوره فى ظل هذه المواقف الاجتماعية شديدة الصعوبة والتنغيص التى يواجهها . وإذا لم تتم هذه الأحداث والمواقف بشكل عفوى وتلقائى ، فيجب على المعالجين إعدادها وتجهيزها وابتكارها .

نجاح العلاج وفشله

منبآت نجاح العلاج

إن إحدى القضايا المهمة المتصلة بفهم كفاءة أى علاج هى تحديد المتغيرات التى تنبئ بالاستجابة السلبية للتدخل . ويمكن للحالات والمرضى الاستقباليين(1) – مثاليا – أن يتخذوا مثل هذه المتغيرات ستارا واقيا لهم ، ويتعاطعون نمطا آخر من العلاج . ولسوء الحظ ، فإن حالة المعرفة الراهنة ليست بالكفاءة التى تحدد بدقة بالغة المتغير الذى يمكن أو الذى لا يمكن أن يكون مفيدا ضمن متغيرات العلاج . ومع ذلك ، أمكن تحديد عدد قليل من المتغيرات التنبؤية المحتملة .

– **متغير الاكتئاب**

إن الاكتئاب الشديد – كما ذكرنا ذلك مسبقا – ووفقا لتعريفه الإجرائى والدرجات المرتفعة على قائمة بيك لحالة الاكتئاب – يرتبط بالاستجابة الضعيفة للعلاج المعرفى – السلوكى الجمعى – فقد أشارت الدرجات المرتفعة التى حصل

(1) prospective clients .

عليها بعض الأفراد على هذه القائمة إلى خوفهم الشديد من التقييم السلبى والقلق المرتفع أثناء الأداء على الاختبارات السلوكية الموضوعية بالمقارنة بأقرانهم الذين حصلوا على درجات منخفضة على القائمة ذاتها ، وبعد خضوعهم جميعا لهذا النوع من العلاج (Kloso et al., 1984) . كما ظهر أن المرضى ذوى الدرجات المرتفعة على قائمة بيك لحالة الاكتئاب أكثر احتمالا للانسحاب مبكرا من تكملة هذا البرنامج العلاجى . وطبقا للوجهة نفسها من النظر ، فإن ذوى الاكتئاب المرتفع يكونون أكثر ارتباطا بالنتائج العلاجية الأسوأ ضمن عينة من مرضى الرهاب الاجتماعى الذين يتلقون مجموعة متباينة ومتعددة من أنماط العلاج الجمعى التى يدخل ضمنها العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى (Holt, Heimberg & Hope, 1990) .

– متغير تنفيذ الواجبات المنزلية بحذافيزها

ليس غريبا على الإطلاق ، أن الطاعة التامة عند تنفيذ الواجبات المنزلية بكاملها ربما ترتبط أيضا بمدى نجاح العلاج ، فقد قارن «هوب وهربرتHerbert وبيلاك Bellack (١٩٩١) بين المستجيبين للعلاج المعرفى – السلوكى الجمعى وغير المستجبين له وفقا لتقديرات المعالجين لمدى تنفيذهم للواجبات المنزلية العلاجية ، وجاءت النتائج العلاجية الإيجابية أفضل جوهريا لدى المستجيبين – فى المتوسط – بما فى ذلك الذين قاموا بالتعرض للمواقف الاجتماعية فى سياق الحياة الطبيعية أكثر مما أوصى به المعالجون ، من غير المستجيبين للعلاج والمعالجين . ويفترض هذا المتغير أن هؤلاء الذين نجحوا تقريبا فى تخفيض رهابهم الاجتماعى بالعلاج المعرفى – السلوكى الجمعى يبدأون فى إيجاد فرص لمواجهة مخاوفهم ، ويحصلون على ميزة مفادها زيادة احتمالات الحصول على فرص طبيعية للنجاح فى التخلص من قلقهم ورهابهم الاجتماعى .

وينظر إلى هذه البيانات على أنها قليلة للغاية وضعيفة من حيث كفاءتها فى تحديد طبيعة العلاقة الجوهرية بين الاكتئاب وتنفيذ الواجبات المنزلية من ناحية والنتائج الإيجابية العلاجية من ناحية أخرى . على أية حال ، يبدو أن عملية الضعف والبطء وتشوش الفكر والطاقة المنخفضة غير الفعالة التى يتسم بها مرضى الاكتئاب تتدخل لدى مرضى الرهاب الاجتماعى ، مما يضعف قدرتهم فى أخذ زمام المبادرة ذاتيا للقيام بعملية التعرض فى سياق حياتهم الطبيعية . والخلاصة ، أن مثل هذه المتغيرات يجب أن تؤخذ فى الاعتبار للاهتمام بها مستقبلا عند إجراء

البحوث العلمية العلاجية .

– متغير الاستراتيجيات البديلة إذا ما فشل العلاج النفسى

لابد أن يحدد المعالجون والمريض ، فى نهاية الجلسات العلاجية الاثنتى عشرة ، ما إذا كان التقدم كافيا بحيث يتغلب على رهابه الاجتماعى . ونادرا ما يتخلص جميع المرضى من رهابهم الاجتماعى على مدى ثلاثة شهور كفترة قصيرة للعلاج ، ولكن الغالبية العظمى منهم ، غالبا ما يستطيعون إيقاف التجنب من المواقف الاجتماعية المخيفة ، ويعتقدون أنهم يستطيعون استخدام المهارات المعرفية والسلوكية التى علمها إياهم العلاج النفسى للاستمرار فى توظيفها للتخلص من آلامهم وتقليلها مع مرور الوقت . وكما كان الحال وفقا للمثال الذى ضربناه لعلاج «كاثى» ، فإنهم يستمرون في التحسن والتقدم فى الشهور التالية للعلاج . هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى ، فإنه يبدو واضحا للعيان لدى كل من المعالجين والمريض أن العلاج قد فشل تماما فى تخليص هؤلاء المرضى من آلامهم نظرا لاستمرار معاناتهم منها ، مما يبرز تساؤلا لما يجب أن نفعله حين يفشل العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى .

إن الخطوة الأولى فى اختيار بدائل لهذا العلاج الفاشل ، هى تقييم وتحديد أسباب حدوث الفشل . ومن حسن الحظ ، أن فترة العلاج قد ينجم عنها بيانات كافية للإجابة عن هذا السؤال . ويبدو أن العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى يكون فعالا ، وبصفة خاصة لدى مرضى القلق والرهاب الاجتماعى المعمم[١] ولكن المرضى يحتاجون لمزيد من الجلسات العلاجية ولمزيد من الوقت ليحرزون أقداراً من التقدم والتحسن ، ولذلك يمكن أن نوصى فى هذه الحالة باستمرار المريض ضمن مجموعة علاجية أخرى لها التشخيص نفسه وتخضع للعلاج المعرفى – السلوكى الجمعى ، أو يستمر فى تلقى علاج معرفى – سلوكى فردى . وإذا ما كشفت البيانات التى تم جمعها من العلاج الجمعى عن اضطراب حاد فى المهارات الاجتماعية لم يكن له وجود فى بداية العلاج ، فإننا نوصى بالتدريب على أساليب تنمية هذه المهارات الاجتماعية وتعديلها فى سياق الحياة الطبيعية قبل خضوعها للبرنامج العلاجى لأنه سيكون أكثر ملاءمة .

(1) generalized social phobics .

وتشير الاستثارة الفسيولوجية الحادة إلى وجه آخر من أوجه تفسير فشل العلاج ، لأن بعض مرضى الرهاب الاجتماعى يلتفتون بشدة إلى إحساساتهم الجسمية لدرجة أن قدراتهم على الاستفادة الفعالة من التفاعل الاجتماعى تكون ضئيلة للغاية ، بل ربما يعجزون تماما عن توظيف مهارات المواجهة والتعايش المعرفية والاستفادة منها أقصى استفادة ممكنة . ويكون التدخل ، فى مثل هذا الموقف ، بهدف خفض هذه الاستثارة الفسيولوجية ، هو استخدام التدريب على الاسترخاء العضلى العميق أو الاسترخاء التمييزى ، أو الاسترخاء بطريقة «أوست "Ost (Jerremalm, Jansson & Ost, 1986)

حتى أعظم علماء التشخيص يقعون فى أخطاء كثيرة ، مما يعد أحد المتغيرات المنبئة بنجاح العلاج وفشله . ولذا ، فإن التشخيص الذى يطرح للرهاب الاجتماعى لا يصبح هو التشخيص الصحيح أو على الأقل ، ليس هو التشخيص الأولى ، ومن ثم فإن علاج المخاوف الاجتماعية سيكون له تأثير ضعيف للغاية ، لأنه ليس العلاج الملائم . ويحدث معظم هذا الخلط غالبا لدى فرد ما يكشف عن صورة كلينيكية معقدة لنوبات مّن الهلع إزاء مواجهته بعض المواقف الاجتماعية . وربما يخاف هؤلاء الأفراد من تقييمهم اجتماعيا وأعراضهم المتصلة بنوبات الهلع، لأن هذه الأخيرة لا تكون واضحة إلى أن بدأ العلاج بالفعل . على أية حال، إذا ما تبين أن المريض تم تشخيصه خطأ ، فإن الحل الصحيح فى هذه الحالة هو اكتشاف العلاج الملائم لهذا التشخيص .

وبالإضافة إلى المتغيرات المنبئة السابقة بنجاح العلاج وفشله ، فإن هناك بعض المتغيرات البيئية التى لها دور فى هذا الموضوع يجب الإشارة إليها ، أهمها المكاسب الثانوية الهشة لسلوك التجنب المستمر أو الأسرة غير المقتنعة بجدوى هذا النوع من العلاج أو الزوج غير المساند نفسيا واجتماعيا للمريض أو للزوجة مثلا. وتؤثر مثل هذه المتغيرات منطقيا فى النتائج العلاجية لدى حالات بعينها . ومع ذلك فإن مدى التأثير السلبى لمثل هذه المتغيرات البيئية التى تؤدى دورا فى فشل العلاج النفسى لم يتم بحثها إلى حد كبير حتى الآن .

وبعد كل هذا التحليل الدقيق ، إذا ما فشل المعالج – من أى نمط ووفقا لأى اتجاه علاجى ، فى ايجاد السبب الأساسى لفشل العلاج (وفى تطوير خطة علاجية مناسبة) ، فيجب البحث عن أنماط من العلاج الملائم بطريقة تجريبية[1] . ومن

(1)empirically .

أهم هذه الطرق العلاجية ، يجب أن نأخذ فى حسابنا ، بالإضافة إلى التدريب على المهارات الاجتماعية والاسترخاء التطبيقى ، العلاج الطبى النفسى ، إذْ يوجد دليل علمى يتنامى تدريجيا يشير إلى أن المونوأمين أو كسيديز[1] كعقار مهبط ، يقلل بفعالية كبيرة أعراض الرهاب الاجتماعى (من أمثلة هذا العقار ، النارديل Nardil [من نمط أو فصيلة فينيلزين Phenelzine]) ، وبصفة خاصة المخاوف الاجتماعية المعممة بشكل موسع (Leibowitz et al., 1991, 1992) . ولكن لسوء الحظ يتطلب العلاج بعقار المونوأمين أو كسيديز النفسى نظاما غذائيا محددا لتجنب أزمات الشد العصبى الحادة . ومع ذلك ، لأن هناك مضادات جديدة للأعراض الجانبية الناجمة عن العلاج بهذا العقار بدأت تظهر للوجود الآن ، فإن اختيار هذا العلاج كبديل ملائم سيصبح أكثر قبولا لدى كل من مرضى الرهاب الاجتماعى والأطباء النفسيين فى القريب العاجل (Liebowitz et al., 1991) . وفى الغالب يوصى الأطباء بوصف مثبطات الموجة بيتا Beta من قبيل «الأتينولول Atenolol» للمساعدة فى مواجهة موقف الحوار العام أمام حشد من الناس وقلق الأداء ، لما لها من مزايا كعلاج حاسم يكون لمريض بحاجة شديدة له فقط قبل مواجهة المواقف الاجتماعية المخيفة (Liebowitz et al., 1985) . ومع ذلك ، فقد فشل الدليل العلمى الراهن فى تأييد فعاليته فى علاج حالات الرهاب الاجتماعى الحادة والشديدة عياديا(Liebowitz et al., 1992) . وتشير التقارير المبدئية إلى أن عقاقير «البنزوديازبينات benzodiazepines" ذات التأثير الشديد (مثل كلونوبين Klonopin [فصيلة كلونازبام Clonozpam]) ربما تكون فعالة فى تقليل المعاناة من الرهاب الاجتماعى ، (Davidson, Ford, Smith & Potts, 1991) وإلى هنا يمكن أن ننتهى إلى أن تأثير مثل هذه الأدوية النفسية ليس تأثيراً حاسما حتى الآن بالمقارنة بتأثير عقار المونوأمين أو كسيديز . ولازال العديد من هذه التجارب العلاجية تجرى حتى الآن ، ويبدو أن بعضها سيكون له تأثير صيدلانى فعال – كنوع من أنواع التدخل – فى المستقبل القريب .

تحويل المرضي للعلاج المعرفي - السلوكي الفردي

على الرغم من أن المزايا المتعددة للعلاج الجمعى ، بما فى ذلك المرونة الذهنية والاجتماعية التى يمنحها للمرضى أثناء عمليات التعرض المباشر للمواقف الاجتماعية المثيرة للقلق والرهاب الاجتماعى ، فإنه ليس فعالا فى جميع السياقات

(1) monoamine oxidase .

بالنسبة لكل مرضى الرهاب الاجتماعى . ويمكن أن نحول صيغة العلاج المعرفى– السلوكى الجمعى للصيغة الفردية من دون صعوبات شديدة . وطبقا لوصف الصيغة العلاجية الفردية التى طرحها «هوب» (١٩٩٣) ، فإن المساعدين وزملاء المهنة يمكن أن يساعدوا المعالج كمشاركين فى تمثيل الأدوار المطلوبة لبعض المواقف الاجتماعية . ويوجد فى هذا النوع من العلاج أيضا اعتماد أساسى على عمليات التعرض التى يجب القيام بها فى الواجبات المنزلية . ويجب مناقشة هذه المهمات التى تعرض ضمن الواجبات المنزلية بالتفصيل أثناء الجلسة كما كان يحدث فى حالة العلاج الجمعى ، أو يؤخذ الوصف نفسه الذى طرح أثناء العلاج الجمعى ليطبق أثناء تنفيذ العلاج المعرفى – السلوكى الفردى . كذلك يجب إتمام تمرينات إعادة البناء المعرفى للأفكار والمعارف والإدراكات المبدئية أثناء الجلسة ، ويتلوها معالجة للتعرض البعدى فى الجلسة التالية . ويستطيع بعض المرضى أن يجندوا – أحيانا – شخصا ما من شبكة علاقاتهم الاجتماعية المساندة ليمدهم بأرجاع استجاباته ويثمن مستوى أدائهم ويشجعهم بالطريقة نفسها التى كانت تقوم بها الجماعة العلاجية . ولذا ، فإنه على الرغم من أن صيغة العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى يوصى بها كلما كان ذلك ممكنا ، فإن الاستراتيجيات العلاجية التى أحاط بها هذا الفصل وعرض لها يمكن أن تستخدم فى صيغة العلاج الفردى.

ملخص وخلاصة نهائية

بعد عقود متواصلة من التجاهل والإهمال ، تعاظم البحث العلمى ونما بشكل شديد ومتسارع فى موضوع الرهاب الاجتماعى ، خاصة فى السنوات الأخيرة . ومنذ عقد واحد من الزمان فقط ، لم يعد يسمع ولا يلتفت للخلافات الراهنة حول موضوعات من قبيل اختيار أفضل النظم العلاجية الفرعية فائدة لعلاج القلق والرهاب الاجتماعى ، والخلافات التشخيصية القديمة التى عوقت التقدم فى هذا المجال فترات طويلة . كما أن البحوث العلمية فى هذا المجال قد نتج عنها أيضا خططا واستراتيجيات علاجية واعدة ومبشرة بالخير العميم ، من أهمها التدخل العلاجى المزدوج الذى يجمع بين العلاج المعرفى وعمليات التعرض كما هى الحال فى العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى . وكان الهدف من عرض هذا الفصل هو تزويد المعالجين بتحليل إجراءات العلاج المعرفى – السلوكى الجمعى ، خطوة بخطوة ، بدأ من انتقاء أعضاء الجماعة العلاجية الذين يلائمهم هذا النوع

من العلاج ، وانتهاء بالاستجابات العلاجية . وعلى الرغم من أن عرض الحالة لا يعد الطريقة العلاجية المثلى ، فإنها ألقت مزيدا من الأضواء بطريقة واقعية على إيجابيات وسلبيات العلاج الجمعى أو علاج جماعة من مرضى القلق والرهاب الاجتماعى . إن مرضى مثل «كاثى» والذين حدث لهم نماذج سريعة من التقدم والتحسن فى حياتهم بعد الخضوع لهذا النوع من العلاج ، ليمدوننا بزخم ودافعية شديدة لمواصلة البحث العلمى فى علاج حالات الرهاب الاجتماعى ، الذى يمكن مهاجمته والقضاء عليه مستفيدين من مآله الحسن الذى يتزايد يوما بعد يوم .

REFERENCES

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.,). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV darft criteria as of 3/1/93.* Washington, DC: Author.

Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1989). Cognitive assessment in social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review, 9,* 61-74.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84,* 191-215.

Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias:: A cognitive perspective.* New York: Basic Books.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4,* 561-571.

Bourdon, K. H., Boyd, J. H., Rae, D. S., Burns, B. J., Thompson, J. W., & Locke, B. Z. (1988). Gender differences in phobias: Results of the ECA Community Survey. *Journal of Anxiety Disorders, 2,* 227-241.

Bruch, M. A., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1991). States of mind model and cognitive change in treated social phobics. *Cognitive Therapy and Research, 15,* 429-441.

Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy.* New York: Morrow.

Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review, 9,* 91-186.

Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P., & Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 642-650.

Chambless, D. L., Cherney, J., Caputo, G. C., & Rheinstein, B. J. G. (1987). Anxiety disorders and alcohlism: A study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders, 1,* 29-40.

Davidson, J. R. T., Ford, S. M., Smith, R. D., & Potts, N. L. S. (1991). Long-term treatment of social phobia with clonazepam. *Journal of Clinical Psychiatry, 52* (suppl.), 16-20.

DiNardo, P. A. &Barlow, D. H. (1988). *The Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised.* Albany, NY: Gray. wind Publications.

Elting, D. T., Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1992, November). *The factor structure of an assessment battery for social phobia.* Paper presented at the annual meeting of the association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.

Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimbolic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E., & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment of social phobia. *Archives of General Psychiatry, 48*, 938-945.

Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (1989). Behavioral assessment of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review, 9*, 75-90.

Heimberg, R. G. (1988). The social Avoidance and Distress Scale and the Fear of Negative Evaluation Scale. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.), *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp. 425-427). New York: Pergamon Press.

Heimberg, R. G. (1989). Cognitive and behavioral treatment for social phobia: Acritical analysis. *Clinical Psychology Review, 9*, 107-128.

Heimberg, R. G. (1991). *Amanual for conducting Cognetive-Behavioral Group Therapy nfor social phobia* (2nd ed.). Unpublished manuscript, State University of New York at Albany, Center for Stress and Anxiety Disorders, Albany, NY.

Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1991). New developments in cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 52*, (11, suppl.), 21-30.

Heimberg, R. G. Becker, R. E., Goldfinger, K., & Vermilyea, J. A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease, 173*, 236-245.

Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L., & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for socioal phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 1-23.

Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L., & Liebowitz, M. L. (in press). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders.*

Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and publics speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178*, 172-179.

Heimberg, R. G., Hope, D. A., Rapee, R. M., & Bruch, M. A. (1988). The validity of the Social Avoidance and Distress Scale and the Fear of Negative Evaluation Scale with social phobic patients. *Behavior Research and Therapy, 26*, 407-410.

Heimberg, R. G., & Liebowitz, M. R. (1992, April). *Amulti-center comparison of the efficacy of phinelzine and cognitive-behavioral group treatment for social phobia.* Paper presented at the 12th National Conference on Anxiety Disorders, Houston, TX.

Heimberg, R. G., Mueller, G. P., Holt, C. S., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social Interaction and being observed by others: The Social interaction Anxeity Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy, 23,* 53-73.

Heimberg, R. G., Salzman, D., Holt, C. S., & Blendell, K. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research, 17.*

Herbert, J. D., Hope, D. A., & Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 332-339.

Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1989, November). *Baseline predictors of group psychotherapy outcome for the treatment of social phobia.* Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.

Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1989, November). *Baseline predictors of group psychotherapy outcome for the treatment of social phobia.* Paper presented the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.

Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1990, November). *Success from the outset: Predictors of cognitive-behavioral therapy outcome among social phobics.* Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Franciso. CA.

Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 318-325.

Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A., & Liebowitz, M. L. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 6,* 63-77.

Hope, D. A. (1993). Conducting exposure-based treatments with social phobics. *Behavior Therapist, 16,* 7-12.

Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (in press). Social phobia. In C. G. Last & M. Hersen (Eds.), *Adult bebavior therapy casebook.* New York: Plenum Press.

Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1990, March). *The importance of cognitive interventions in the treatment of social phobia.* Paper presented at the annual meeting of Phobia Society of America, Washington, DC.

Hope, D. A., Herbert, J. D., & Bellack, A. S. (1991, November). *Social phobia subtype, avoidant personality disorder and psychotherapy outcome.* Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.

Hope, D. A., Holt, C. S., & Heimberg, R. G. (1993) Social phobia in T. R. Giles (Ed.) *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 227-251). New York: Plenum Press.

Hope, D. A., Rapee, R. M., Heimberg, R. G., & Dombeck, M. S. (1990). Represintations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research, 14,* 177-189.

Jerremalm, A., Jansson, L., & Ost, LG. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 24,* 171-180.

Klosko, J. S., Heimberg, R. G., Becker, R. E., Dodge, C. S., & Kennedy, C. R. (1984, November). *Depression, anxiety, and the outcome of treatment for social phobia.* Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia, PA.

Leary, M. R. (1983). Abrief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and social Psychology Bulletin, 9,* 371-375.

Leary, M. R. (1988). A comprehensive approach to the treatment of social anxieties: The self-presentational model. *Phobia Practice and research Journal, 1,* 48-57.

Leary M. R., Kowalski, R. M., & Campbell, C. D. (1988). Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. *Journal of Research in Personality, 22,* 308-321.

Levin, A. P., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1989). Social phobia: Biology and pharmacology. *clinical Psychology Review, 9,* 129-140.

Liebowtiz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, M. J., & Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 42,* 729-736.

Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A., Gorman, J., Papp, L., Davies, S., Gully, R., & Klein, D. R. (1992). Phenelzine vs. atenolol in social phobia: A placebo-controlled comparison. *Archives of General Psychiatry, 49,* 290-300.

Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Hollander, E., Welkowitz, L. A., Saoud, J. B., Feerick, J., Campeas, R., Fallon, B. A., Street, L., & Gitow, A. (1991). Treatment of social phobia with drugs other than benzodiazepines. *Journal of Clinical Psychiatry, 52,* (suppl.), 10-16.

Marks, I. M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating scale for phobic patients. *Behavior Research and Therapy, 17,* 263-267.

Mattia, J. I., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1993). The revised Stroop color-naming task in social phobics: Diagnostic and treatment outcome implica-

tions. *Behaviour Research and Therapy, 31,* 305-313.

Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1989). *Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety.* Unpublished manuscript.

Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of consulting and Clinical Psychology, 56,* 251-260.

Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognetive restructuring for severe social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy, 20,* 3-23.

Mullaney, J. A., & Trippett, C. J. (1979). Alcohol dependence and phobias: Clinical description and relevance. *British Juornal of Psychiatry, 135,* 563-573.

Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, C. L. Holzer, C. E., III, Leaf P. J., Orvaschel, H., Anthony, J. D., Boyd, J. H., Jr., Kramer, M., & Stolzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry, 41,* 959-967.

Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A Case formulation approach.* New York: W. W. Norton.

Sanderson, W. C., DiNardo, P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety desorder. *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 308-312.

Sank, L. I., & Shaffer, C. S. (1984). *Atherapist's manual for cognitive-behavior therapy in groups.* New York: Plenum Press.

Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presintation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin, 92,* 641-669.

Schneier, F. R., Spitzer, R. L., Gibbon, D., Fyer, A., & Liebowitz, M. R. (1991). The relatationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 32,* 1-5.

Schwartz, R. M., &Garamoni, G. L. (1989). Cognitive balance and psychopathology: Evaluation of an information processing model of positive and negative states of mind. *Clinical Psychology Review, 9,* 271-294.

Smail, P., Stockwell, T., Canter, S., & Hodgson, R. (1984). Alcohol dependence and phobic anxiety states: I. A prevalence study. *British Journal of Psychiatry, 144,* 53-57.

Smith, T. W., Ingram, R. E., & Brehm, S. S. (1983). Social anxiety, anxious self-preoccupation, and recall of self-relevant information. *Journal of Personality and Social Psychology, 44,* 1276-1283.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Borden, J. W., Stanley, M. A., & Jacob,

R. G. (1991). Social phobia: Axis I and II Correlates. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 102-106.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 95,* 389-394.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia Anxiety Inventory. *Psychological Assessment, 1,* 35-40.

Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M., (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality desorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 326-331.

Turner, S. M., McCanna, M., & Beidel, D. C. (1987). Validity of the Social Avoidaaance and Distress and Fear of Negative Evaluation scales. *Behavior Research and Therapy, 25,* 113-115.

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33,* 448-457.

Widiger, T. A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: A commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 340-343.

Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques.* New York: Pergamon Press.

الفصل الرابع

اضطراب القلق العام

الفصل الرابع

اضطراب القلق العام

تيموثى أ. بروان
Timothy A. Brown

تريسى أ. اوليرى
Tracy A. O'Leary

ديفيد هـ . بارلو
David H. Barlow

جامعة ولاية نيويورك في الباني

ترجمة

دكتور محمد نجيب أحمد الصبوة

قسم علم النفس جامعة القاهرة

يختص هذا الفصل بعرض طريقة أو أسلوب علاج اضطراب القلق العام، وهو فصل جديد فى هذا المجلد. وقد يتعجب المرء من أن اضطرابا مركزيا مثل اضطراب القلق العام[١] شديد الذيوع والانتشار. ولم يفرد له فصل فى المجلد السابق. إن اضطراب القلق العام - بعد كل هذا - يعد اضطرابا أساسيا، بمعنى أن القلق العام - وفقاً لتعريفه - يعد مكونا من مكونات اضطرابات القلق الأخرى. ولكننا لم نبدأ فى البحث عن طبيعته إلا حديثاً جداً. كما أننا لم نبدأ كذلك فى تقييم العلاجات النفسية الفعالة لهذه المشكلة إلا حديثاً جداً، فقد توفر لدينا دليل علمى فى غضون عدد قليل من السنوات الماضية يشير إلى أنه يمكننا علاج هذه المشكلة بنجاح. ولا يعد هذا العمل العلمى عملاً بسيطاً لأن اضطراب القلق العام اضطراب مزمن، على الرغم من أنه يمكن وصفه بالتذبذب وعدم الاستقرار. فبعض المتخصصين ينظر إليه على أنه اضطراب فى الشخصية[٢] لأن بعض الأفراد

(1) Generalized Anxiety disorder (GAD).
(2) Personality disorder.

الذين يعانون منه لا يستطيعون تحديد عمر معين لبداية المعاناة منه أو الإصابة به . زد على ذلك ، ملاحظتهم استمرار هؤلاء الأشخاص فى المعاناة منه طوال حياتهم . إن نتائج التحسن الناجمة عن العلاج بالأدوية[١] نتائج ضعيفة بشكل يثير الدهشة (Barlow, 1988) ، على الرغم من أنها خضعت للاختبار فترة طويلة . ولهذا السبب ، فإننا نوصى بمزيد من الدراسات لخطط العلاج الجديدة .

إن الأسلوب العلاجى الذى يعرضه هذا الفصل - وهو الأسلوب الذى طورناه حديثاً فى مركزنا - يمثل إجراءات جديدة نسبياً للتخلص من «التعرض للانزعاج[٢]» والوقاية من سلوك الانزعاج[٣] ولقد انبثقت هذه الإجراءات العلاجية عن مجموعة من الفروض والأطروحات النظرية الجديدة لاضطراب القلق العام . ولابد أن نقرر أن هذه الإجراءات العلاجية لا تختلف بشكل جذرى عن أكثر المناحى الخاصة بعلاج اضطراب القلق العام ، وهى مناحى تقليدية إلى حد كبير .

د . هـ . ب

مقـــدمة :

ربما لانجد فئة من فئات الاضطراب النفسى قد طرأ عليها من التغيير والتعديل فى الاثْنتىْ عشرة سنة الأخيرة مثلما طرأ على اضطراب القلق العام . فعند نشر الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث للاضطرابات النفسية (DSM-III) ، الصادر عن رابطة الطب النفسى الأمريكية (APA) عام ١٩٨٠ ، تغير اسم فئة القلق الفرعية من «عصاب القلق[٤]» فى الدليل التشخيصى الثانى ليصبح اسمها «حالات القلق[٥]» . ولقد احتوت هذه الفئة التشخيصية الفرعية على تشخيصين محددين جديدين هما : اضطراب الهلع[٦] ، واضطراب القلق العام (هكذا مثلما حدث بالنسبة لتشخيص اضطراب الوسواس القهرى (OCD)) . وتقتضى المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب القلق العام والتى عرض لها الدليل التشخيصى الثالث - (DSM-III) وجود قلق عام ودائم ، مع وجود ثلاثة

(1) Drug treatments .
(2) Worry exposure .
(3) Worry behaviour prevention .
(4) Anxiety neurosis .
(5) Anxiety states .
(6) Panic disorder .

أعراض على الأقل من بين فئات الأعراض الأربعة التالية :(١) الشد الحركى(١) (مثال ذلك : آلام عضلية وأرق أو تململ ، و(٢) إفراط فى النشاط الذاتى(٢) (مثال ذلك : غزارة العرق ، والدوار ، وسرعة شديدة فى ضربات القلب) ، و(٣) وتوقع الخوف أو الشر المستطير(٣) (مثال ذلك : القلق ، والانزعاج والخوف) ، (٤) والتيقظ(٤) والإحاطة أو الفحص(٥) (مثال ذلك : صعوبات التركيز ، والتهيج وشدة الاستثارة) . كما يقتضى تشخيص الشكوى من المزاج القلق(٦) – كما حددته الأعراض السابقة – استمرارها لفترة لا تقل عن شهر واحد . ومع ذلك ، فقد ورد بالدليل التشخيصى الثالث ، إننا لا يمكن أن نقر بوجود اضطراب القلق العام – كتشخيص معتمد – إذا ما كانت المحكات تشير إلى اضطراب نفسى آخر . بمعنى آخر ، ينظر إلى اضطراب القلق العام على أنه فئة متبقية أو فئة من الفئات الدنيا الضعيفة إذا ما كان علينا أن نفاضل بين ترتيب يضم كل تشخيصات اضطرابات القلق المحتملة . فإذا ما اشتكى المريض من القلق العام ، والمخاوف الاجتماعية(٧)، يتم تشخيصه على أنه يعانى فقط من المخاوف الاجتماعية .

ولقد نتج عن النظرة المتدنية للقلق العام – جزئياعلى الأقل – انخفاض معامل الثبات التشخيصى له (من خلال معدل الاتفاق بين معالجين مستقلين) انخفاضا ملحوظاً ، وفقاً لما أشارت إليه بعض الدراسات التى وردت فى الدليل الثالث لتصنيف الأمراض النفسية (cf. Barlow & Dinardo, 1991) . كما أنه نجم عن هذه النظرة المتدنية بعض الآثار العلمية المؤذية(٨) ، أهمها تناول هذا الاضطراب النفسى – عند إجراء البحوث العلمية – تناولاً ضمنياً ؛ أى من خلال دراسة الاضطرابات الأخرى ، كما لم يتم تحديد النسب المئوية الوبائية لهذا الاضطراب . أضف إلى ما سبق ، أنه بسبب الطبيعة الهلامية(٩) للقلق العام ، فقد حظى بقليل من الاهتمام من حيث تطوير طرق علاجية فعالة له ، بالإضافة إلى طرق تقويم آثارها .

---

(1) Motor tension .
(2) autonomic hyperactivity .
(3) apprehensive expectation .
(4) vigilance .
(5) scanning .
(6) anxious mood .
(7) Social phobia .
(8) deleterious .
(9) Amorphous .

وعلى الرغم من وجود محكات وقواعد محددة أوردها الدليل الثالث لتصنيف الأمراض النفسية ، لتشخيص اضطرابات القلق ، فإن الخبرة العيادية[1] أشارت إلى وجود بعض المرضى الذين يعانون بشكل أساسى من القلق العام ، كما أشارت إلى وجود مرضى آخرين يعانون من القلق العام باعتباره عرضاً ثانوياً مصاحباً لاضطراب نفسى أساسى آخر . ومن ثم فإن الاعتبار التشخيصى المهم فى هذه الحالة يكون مجرد التمييز أو التفرقة بين القلق العام ، والقلق المتوقع[2] لأن هذا الأخير دائما ما يأتى - وبشكل واقعى - مصاحباً لاضطرابات الهلع والمخاوف المرضية إلى حد ما . وهذه التفرقة يمكن الوصول إليها عن طريق تحديد ما إذا كان مركز الإدراك (مثال ذلك : التركيز على حالة الانزعاج وبؤرته يكون منصبا على عرض أو مظهر أساسى لاضطراب آخر ، كحالة الهلع أو المخاوف المرضية) ، أم منصباً على منطقة ما لا علاقة لها بهذا الاضطراب الآخر (Barlow, Blanchard, Vermilyea, Vermilyea, & Dinarda, 1986; Barlow & Dinardo, 1991) . فمثلا إذا ما أظهر المريض معاناة شديدة من القلق المصاحب فقط لنوبة تالية من الهلع الكامن ، يكون التشخيص المعتمد فى هذه الحالة «اضطراب الهلع فقط» . أما إذا أظهر المريض معاناة أيضا من القلق ، ولكن قلقه كان مستقلاً عن المعاناة من أية اضطرابات نفسية أخرى ، وكان منصباً بشكل أساسى على أحداث حياتية يومية (مثال ذلك : قلق على أمور مالية أو كسب مادى .. الخ) ، يكون التشخيص المعتمد فى هذه الحالة هو القلق العام .

وتمشياً مع التغيرات السابقة ، فقد تغيرت كذلك المحكات التشخيصية التى كان يعتمد عليها فى تشخيص اضطراب القلق العام ، والتى وردت فى الطبعة الثالثة التى تم مراجعتها ضمن الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث للأمراض النفسية الصادر عن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية (DSM III-R, APA, 1987) . ووفقاً للملاحظات العيادية المنصوص عليها مسبقا ، فقد أعيدت صياغة زملة التوقع الإدراكى[3] الواردة ضمن محكات تشخيص القلق العام فى الدليل الثالث لتصنيف الأمراض النفسية، لتصبح عرضاً أساسياً واحداً فى الدليل الثالث المنقح (DSM-III-R) ، مؤداه : الشعور بالانزعاج الشديد وغير الواقعى أو

(1) Clinical experience .
(2) Anticipatory .
(3) The apprehensive expectation cluster .

الانزعاج غير الواقعى فقط ، وذلك فى جانبين أو أكثر لا علاقة لهم باضطراب آخر للمحور رقم واحد . أضف إلى ما سبق ، أنه قد تم مراجعة محكات الأعراض المصاحبة ليتطلب وجود ستة أعراض على الأقل من بين ثمانية عشر عرضاً ، يشكلون فيما بينهم ثلاث زملات هى ، التوتر الحركى والنشاط الذاتى المفرط ، والتنبُّه والفحص الدقيق أو الإحاطة . وأخيراً ، فقد ازداد محك مدة المعاناة من المرض – تأسيساً على اعتبارات تجريبية(١) وعيادية – من شهر واحد إلى ستة أشهر (راجع مثلاً Breslau & Davis, 1985) . وضمن أسباب أخرى ، فإن وضع محك المعاناة من الانزعاج الشديد لفترة زمنية لا تقل عن ستة شهور أو أكثر قد يسَّر أمر التشخيص الفارق الذى يميز اضطراب القلق العام عن الأرجاع المؤقتة(٢) لأحداث الحياة السلبية (مثال ذلك ، اضطرابات التوافق) .

أما الطبعة الرابعة التى صدرت عن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية عام ١٩٩٣ ، للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للأمراض النفسية ، فقد راجعت محكات اضطرابات القلق العام مراجعة دقيقة ، بحيث جعلت هذه المحكات أكثر سهولة وقابلية للاستخدام ، وأكدت بشدة دور عملية التوقع الإدراكى (للانزعاج الدفين) (DSM-IV; APA, 1993(*)) . وفى طبعته النهائية تم تجاهل شرطاً أساسياً ، وهو الشرط الذى كان يطرح ضرورة المعاناة من نمطين أو أكثر من أنماط الانزعاج ومع ذلك يحدد الدليل الرابع لتصنيف الأمراض النفسية أنه لابد أن تكون المعاناة منه شديدة وحادة (أنظر مثلاً : الشدة ، ومدة المعاناة ، وتكرار الانزعاج الدفين لابد أن تزيد المعاناة منه عن الحدود المعروفة الناتجة عن تأثير الحدث المخيف) ويدركها الفرد على أنها غير محتملة ولا يمكنه ضبطها والسيطرة عليها . ولأسباب معينة تم الوقوف عليها مؤخراً ، فقد تم تخفيض الثمانية عشر عرضاً التى كانت تشكل فيما بينها محكات التشخيص – إلى ستة أعراض فقط ، ضمت أعراض زملة الشد الحركى ، وزملة التنبه والفحص الدقيق دون زملة

---

(1) Empirical .

(2) Transient reactions .

(*) إن المحكات التى اقتبسناها لترد ضمن هذا الفصل من الدليل الأمريكى الرابع ، هى المحكات التى اعتمدتها مجموعة العمل للاعتماد عليها فى تشخيص اضطراب القلق العام . وربما تكون هذه المحكات قد تعرضت إلى مراجعات تحريرية بسيطة قبل نشر هذا الدليل التشخيصى الأمريكى الرابع .

النشاط الذاتى الزائد . ويعرض الجدول رقم (١) التالى لمحكات تشخيص اضطراب القلق العام ، التى أوردها دليل التشخيص الأمريكى الرابع للأمراض النفسية .

ونتيجة لإعادة الصياغة وإعادة التنظير لاضطراب القلق العام فى الدليل الأمريكى الثالث الذى تم مراجعته لتصنيف الأمراض النفسية الصادر عام ١٩٨٧ ، فإن البحوث التى أجريت على طبيعة الأعراض المميزة له (مثال ذلك : الانزعاج المزمن والأعراض الجسمية الدائمة) قد ذاع صيتها وازدادت انتشاراً بشكل جزئى (Rapee & Barlow, 1991) . وهذه الزيادة فى التساؤلات العلمية التى تدور حول اضطراب القلق العام ، تعد أمراً مهماً على ضوء ظهور عدد من النماذج النظرية لتفسير القلق واضطراباته . وتفترض هذه النماذج أن العمليات الأساسية المحددة لاضطراب القلق العام ، هى ذاتها العمليات التى تمثل جوهر كل أنواع اضطرابات القلق الأخرى (Barlow, 1988, 1991) . ولقد ترتب على ما سبق ، أننا نعرف اضطراب القلق العام على أنه اضطراب القلق «الأساسى»[١] (أنظر مثلاً : (Barlow, 1988 & Rapee, 1991) ، وأطلقنا على هذه العملية الأساسية اسم «الفهم أو الإدراك القلق[٢] (Barlow, 1988) . وينظر إلى الإدراك القلق على أنه «حالة مزاجية موجهة مستقبلياً ، يصبح الشخص وفقاً لها مستعداً أو مهيأ لمحاولة مواجهة أية أحداث سلبية . ويرتبط الإدراك القلق بحالة انفعالية سيئة شديدة وبحالة الاستثارة المزمنة والمرتفعة ، وبحالة الشعور بالعجز عن الضبط والتحكم ، وبتركيز الانتباه على المنبهات المهددة» (مثال ذلك ، الانتباه الحاد والتورط الذاتى والمعاناة من حالة اليقظة والتنبه الحاد لهذه المصادر المهددة) . وفى حين ينظر إلى عملية الإدراك القلق» على أنها موجودة فى كل اضطرابات القلق ، إلا أن مضمونها يختلف من اضطراب إلى آخر (مثال ذلك ، القلق المصاحب لنوبات الهلع من المستقبل كما يظهر فى اضطرابات الهلع، أو القلق المصاحب للتقويم الاجتماعى السلبى للتفاعل الاجتماعى كما يظهر في المخاوف الاجتماعية) . ولقد افترضنا فى موضع آخر (Balow, 1988, 1991) أن هذه العمليات (من قبيل : الشد والتوتر، والتيقظ ، والشعور بالعجز عن الضبط والتحكم)، ربما تنتج عن خبرات الحياة المبكرة ، وربما تقوم مقام العوامل المهيئة للمعاناة من مدى واسع من الاضطرابات الانفعالية أو الوجدانية فى المراحل العمرية التالية .

---

(1) Basic .
(2) Anxious apprehension .

جدول (١ - ٤)

المحكات التشخيصية لاضطراب القلق العام طبقاً للدليل الأمريكى الرابع لتصنيف الأمراض النفسية

أ - قلق وانزعاج شديد (توقع إدراكى) يدور حول عدد من الأحداث أو النشاطات (مثال ذلك نشاطات العمل أو الأداء المدرسى) يستمر حدوثه أياماً عديدة لا تقل عن ستة شهور .

ب - يجد الشخص أنه من الصعب السيطرة على انزعاجه .

ج - يرتبط القلق والانزعاج - على الأقل - بثلاثة من الأعراض الستة الآتية (ظهرت فى فترة زمنية هى عبارة عن الشهور الستة الأخيرة):

(١) ملل أو شعور بالضيق وأنه على حافة الهاوية .

(٢) شعور بالإجهاد والتعب والإرهاق بسهولة .

(٣) صعوبة التركيز وأن العقل أصبح خاوياً .

(٤) التهيج والاستثارة الشديدة .

(٥) شد عضلى وتوتر .

(٦) اضطراب النوم (ضعف وخور فى الهمة والنشاط أو السكون بلا فعالية ، أو نوم ملول غير مشبع للراحة) .

د - إن التركيز على القلق والانزعاج لا ينحصر فقط فى ملامح اضطراب المحور رقم (١) ، فهما عرضان من أعراض نوبات الهلع ، لا شك فى ذلك (كما هى الحال عند المعاناة من اضطراب الهلع) ، بل ويظهر فى الاضطرابات ذات الطابع العام (كما هى الحال عند المعاناة من المخاوف الاجتماعية) ، وهما عرضان لهما طبيعة الشوائب (كما هى الحال عند المعاناة من الوسواس القهرى) ، وهما ليسا بعيدان عن النظام الأسرى وأقارب الدرجة الأولى (عند المعاناة من اضطراب قلق الانفصال) ، ويتدخلان فى أمراض الوزن (كما هى الحال فى المعاناة من مرض فقدان الشهية العصبى) ، ويمثلان مرضاً أساسياً (كما فى مرض التوهم المرضى) ، ولكنهما لا يعدان جزءاً من اضطراب ما بعد الصدمة .

هـ – يتدخل القلق ، والانزعاج ، أو الأعراض الجسمية بطريقة جوهرية فى حياة الشخص العادية أو فى نشاطاته المعتادة ، أو يسببان تنغيصاً أو كرْباً ملحوظاً .

و – ولا يرجع إلى الآثار المباشرة لمخدر أو عقار ما أو حالة طبية عامة ، ولا يحدث على سبيل الحصر أثناء المعاناة من اضطراب المزاج ، والاضطراب العقلى ، أو اضطرابات النمو والارتقاء .

نقلاً عن رابطة الطب النفسى الأمريكية (APA) ، عام ١٩٩٣) ، وأعيد اقتباسه منها بتصريح خاص .

واتساقاً مع ما أكدناه مسبقاً ، ومن وجهة نظر عيادية تماماً ، يمكن أن نؤكد مشاهدة مفادها أن المرضى الذين يعانون من اضطراب القلق العام دائماً ما يرتبط ذلك لديهم بوجود تاريخ طويل من القلق العام . فعلى سبيل المثال ، أشارت مجموعة عديدة من الدراسات إلى أن الغالبية العظمى من مرضى القلق العام لا يستطيعون تحديد عمر محدد لبداية المعاناة منه ، أو تحديد العمر السابق فى الطفولة لبداية المعاناة منه (راجع مثلاً : Anderson, Noyes, & Crowe, Robson, & Gelder, 1991 ; Cameron, Thyer, Nesse, & Curtis, 1986; Noyes et al., 1992; Rapee, 1985 ; Sanderson & Barlow, 1990) وهكذا– وعلى العكس أو النقيض من كل اضطرابات القلق العديدة الأخرى – فإن اضطرابات من قبيل اضطراب الهلع ، تميل لأن تتسم ببداية متأخرة للمعاناة منها وتكشف عن أعراض حادة قد تحدث فجأة وتتصف بالتفاقم المستمر ولكنها قابلة للتحسن وذات مصير حسن . بينما تفترض الأدلة العلمية الحديثة ، ان اضطراب القلق العام له مظاهر وأعراضاً مختلفة تجعله يتسم بشخصية مستقلة عن كل اضطرابات القلق الأخرى (على الرغم من التذبذبات التى تطرأ على سير هذه الاضطرابات عند التكوين أو النشأة ، لأننا نلاحظ ارتباط نشوئه بوجود أو غياب أحداث الحياة وضغوطها) . وتتفق هذه المشاهدات العيادية مع ما سبق من أطر نظرية قد أرست أسس هذا الاضطراب باعتباره اضطراباً أساسياً يمثل فى جوهره– وبشكل مجرد تماماً عملية الإدراك القلق التى يميزها بداية مبكرة للمعاناة غير

محددة المعالم وعوامل مهيئة قد ينشأ عنها كثير من الاضطرابات الأخرى) . وفيما يتصل بالدراسات التى كشفت عن معدلات وأنماط الاضطرابات المشتركة[١]، تبين أن اضطراب القلق العام يشكّل أعلى معدلا كتشخيص إضافى معتمد لدى المرضى الذين يعانون من القلق الأساسى أو يعانون من اضطرابات المزاج (راجع دراسات : ,Moras, Dinardo, Brown, & Barlow, 1992) Sanderson, Beck, & Beck, 1990) . ومع ذلك ، فإنه فى حين توفرت أدلة تشير إلى أن القلق العام ينظر إليه على أنه عرض منبئ (نذيرى)[٢] بنشأة وتطوير اضطرابات انفعالية أخرى مثل اضطراب الهلع لدى من يعانون منه (أنظر مثلاً : Garvey, Cook, & Noyes, 1988) ، فإن التساؤل التجريبى المهم الذى لا زال يدور حول النتيجة المعاصرة لظهور اضطراب القلق العام فى علاقته باضطرابات انفعالية أخرى ترتبط به وتتفاعل معه لازالت تنتظر مزيداً من الفحوص والبحث والتمحيص . ورغم ذلك ، وعلى ضوء النتائج السابقة ، علينا ألا نندهش عندما نجد أن اضطراب القلق العام قد بدأت تظهر له صياغات وأطر نظرية فى سياق اضطرابات الشخصية (Sanderson & Wetzler, 1991) .

ومنذ ظهور الدليل الأمريكى الثالث المعدل لتصنيف الأمراض النفسية ، عام ١٩٨٧ ، زاد عدد البحوث التى كانت تتناول بالدراسة طبيعة الانزعاج بشكل ملحوظ ، وبصفة خاصة تلك البحوث التى حاولت وصف الانزعاج الطبيعى[٣] والانزعاج المرضى[٤] . ولقد أشارت الدراسات التى تناولت طبيعة الانزعاج لدى مرضى القلق العام فى مقابل مجموعات ضابطة من الأفراد غير القلقين ، إلى أنه على الرغم من أن هذه المجموعات ليست بينها وبين بعضها بعضاً فروق فى محتوى الانزعاج بشكل أساسى ، فإن بينها فروقاً جوهرية فى المؤشرات التى تعكس القدرة على التحكم فى عملية الانزعاج[٥] (من قبيل : مؤشرات فترات الانزعاج على مدار اليوم ، وتكرار حدوث حالة الانزعاج بشكل غير مفاجئ ، والإدراكات الذاتية للقدرة على التحكم فيه ، ومدى واقعية الانزعاج ، وعدد

(1) Comorbidity .
(2) Prodromal .
(3) normal worry .
(4) Pathological .
(5) the worry process .

حالاته ومجالاته[1] (Barkovec, Shadick, & Hopkins, 1991, Craske, Rapee, Jackel, & Barlow, 1989; Dinardo, 1991) وقادتنا هذه النتائج – جزئياً – إلى مراجعة محكات الانزعاج المطروحة فى الدليل الأمريكى الرابع لتصنيف الأمراض النفسية الصادر عام ١٩٩٤ ؛ لتأكيد طبيعته والعجز عن التحكم فيه كملمحْ أو كعرض أساسى لهذا الاضطراب . وعلى الرغم من أن البيانات محدودة فى هذا الموضوع ، وخاصة البيانات المرتبطة بالمقارنة بين المجموعات المرضية والطبيعية فى قدرتها على التحكم الذاتى فى عملية الانزعاج ، فإنه يبدو أن أدلة هذه الطبيعة – وهى أدلة قليلة – قد أمكنها التفرقة بين مرضى القلق العام ومجموعات مرضى القلق الأخرى . مثال ذلك ، ما وجده أندرسون Anderson وبارلو Barlow ، (١٩٩٠) ، من أن نسبة مئوية أكبر من مرضى القلق العام بالمقارنة إلى أقرانهم من مرضى اضطرابات القلق الأخرى (كمرضى المخاوف المرضية الاجتماعية ، واضطرابات الهلع ، والمخاوف البسيطة ، واضطرابات الوسواس القهرى) ، قد أقروا بمعاناتهم الشديدة من الانزعاج بدرجة لا تطاق . وفى تحليل مشابه ، فحص دينادرو Dinardo (١٩٩١) ، القوة التمييزية بين استجابات مرضى القلق العام ومرضى القلق غير العام حول سؤال مؤداه : هل تقلق بشدة بسبب حدوث أمور بسيطة ؟ وهو أحد بنود قطاع من قطاعات قائمة تمثل مقابلة مقننة لاضطرابات القلق العام كنسخة معدلة[2] (Dinardo & Barlow, 1988) وكانت القوة التنبئوية الموجبة لهذا السؤال مقدارها ٠,٣٦ (أى معامل النوعية[3] أو احتمالات تشخيص اضطرابات القلق العام على ضوء الاستجابات الإيجابية) ، وكانت القوة التنبئوية السلبية للسؤال نفسه مقدارها ٠,٩٤ (أى معامل الحساسية[4] ، أو احتمالات عدم تشخيص اضطراب القلق العام على ضوء الاستجابات السلبية) . وتشير هذه النتائج إلى أنه على الرغم من أن الاستجابات الإيجابية رداً على القلق الشديد لحدوث أمور بسيطة لا يستطيع تأييد التشخيص ، فإن الاستجابات السلبية تؤيد هذا التشخيص بما لا يدع مجالاً للشك .

---

(1) worry spheres .
(2) The Anxiety Disorders Interview Schedule Revised (ADIS-R)
(3) Specificity .
(4) Sensitivity .

ولقد حصلنا على فروق فى الاستجابات رداً على عدد من البنود المتباينة فى القائمة المشار إليها مسبقاً (ADIS-R) (مثال ذلك : أشعر بالقلق الشديد إزاء حدوث بعض الأمور البسيطة ، وأقضى معظم فترات اليوم فى حالة من القلق) فى دراسة كانت تقارن بين مرضى القلق العام ومرضى الوسواس القهرى فقط (Brown, Moras, Zinbarg & Barlow, 1993) . أضف إلى ما سبق ، أن مرضى القلق العام قد حصلوا على درجات أعلى جوهرياً بالمقارنة إلى أقرانهم فى مجموعات أنماط القلق الأخرى – على الأقل فى ثلاث دراسات – (بما فيهم مرضى الوسواس القهرى) ، فضلاً عن مجموعة ضابطة من الأسوياء ، وذلك على استخبار حديث جداً طورته جامعة ولاية بين Penn لقياس الانزعاج[1] وعلى مقياس آخر يتسم بالصدق لقياس سمة القلق والانزعاج (Brown, Antony, & Barlow, 1992; Brown et al., 1993; Meyer, Miller, Mitzger, & Borkovec, 1990) .

وتفترض أدلة جديدة تدور حول المكون الجسمى[2] لاضطراب القلق العام ، أن الأعراض الأكثر ارتباطاً وبشكل متكرر بهذا الاضطراب هى تلك الأعراض التى تجمع بين زملات الشد والتوتر الحركى والتيقظ والفحص الدقيق (أو الإحاطة) التى أوردها الدليل الأمريكى الثالث المنقح لتصنيف الأمراض النفسية (DSM-III-R) على شكل محكات مرتبطة به أيضاً . ومن المدهش حقاً ، أنه فى دراسة حديثة متعددة الأهداف تناولت فحص تكرار وثبات ثمانية عشر عرضاً فى مجال القلق لدى عينة مجمعة من مرضى القلق العام قوامها ٢٠٤ مريضاً ، تبين أن معظم الأعراض التى أقر بالمعاناة منها هؤلاء المرضى هى على التوالى : التهيج وسرعة الاستثارة ، والملل ، والقنوط ، والشد العضلى ، والقابلية للتعب بسهولة ، والشعور بالنرفزة : وصعوبات النوم ، وصعوبات التركيز (Marten et al., in Press) . ومن العجيب حقاً ، أن المفحوصين لم يقروا بوجود المعاناة من أى عرض من أعراض زملة النشاط الذاتى الزائد ، إذا كانت تكراراتها قليلة . وتتفق هذه النتيجة الأخيرة مع البيانات المعملية التى تشير إلى أن مرضى القلق العام يستجيبون للضغوط النفسية بقليل من المرونة الذاتية[3] ، إذا ما قورنوا بأقرانهم

---

(1) Penn State Worry Questionnaire (PSWA) .
(2) Somatic Component .
(3) autonomic inflexiblity .

أفراد المجموعة الضابطة غير القلقين ، فقد أظهر مرضى القلق العام تجانساً واضحاً فى استجاباتهم الذاتية (مثال ذلك ، معدل ضربات القلب ، ودرجة التوصيل الجلدى) رداً على التحديات النفسية التى قدمت خلال مواقف معملية (Hoehn-Saric & Mcleod, 1988; Hoehn - Saric, Mcleod, & Zimmeli, 1989; Lyonfields, 1991) .

وبالإضافة إلى معدلات الاتفاق العالية التى أبداها مرضى القلق العام فى هذا الجانب (زملة الأعراض الفيزيولوجية أو الجسمية) فى بعض الدراسات (راجع مثلاً : (Marten et al., in Press; Noyes et al., 1992) فإن أعراض الشد الحركى أو التوتر النفسى ربما تعد ملمحاً مميزاً مهما للمعاناة من اضطراب القلق العام . فعلى سبيل المثال ، قد تبين أن أحد المقاييس النفسية الفيزيولوجية التى ميزت باقتدار بين مرضى القلق العام والأسوياء سواء أكان ذلك بدون التعرض للضغوط النفسية أم عند التعرض لها هو مقياس الشد العضلى (كما قيس باستخدام جهاز رسام العضلات الكهربى) (Hoehn- Soric et al., 1989) كما تبين أن درجاتهم عل استخبار التحليل الذاتى لمعدل الشد العضلى (lovibond, 1983) قد ميزت بين أداء مرضى القلق العام وكل بقية مجموعات القلق الأخرى التى وردت فى الدليل الأمريكى الثالث المنقح (فيما عدا مرضى الوسواس القهرى) فضلاً عن الأسوياء كمجموعة ضابطة (Broun, Antony, & Barlow, 1992) . كما تبين أن درجات مرضى القلق العام على مقياس الشد العضلى الفرعى من استخبار التحليل الذاتى كانت ذات ارتباط مرتفع جوهرياً بمقياس القلق أو الانزعاج المنبثق عن استخبار جامعة ولاية «بين» للقلق ، بالمقارنة إلى كل المقاييس الفرعية الأخرى التى يشتمل عليها هذا الاستخبار (من قبيل التقرير الذاتى والمعدلات الإكلينكية للقلق والاكتئاب) ، مما يجعلنا نفترض أن الاتفاق والارتباط بين القلق والشد العضلى كان أقوى من الارتباط بين القلق وما يتصل به من أعراض أخرى (من قبيل : معدل الاستثارة أو الاكتئاب) .

أهداف العلاج(١):

تأسيساً على الأدلة التى تم مراجعتها فى الفقرات السابقة ، نجد أن ثمة مكونين أساسيين هما اللذين يشكلان أهداف التدخل لعلاج اضطراب القلق العام

(1) Targets of treatment .

باستمرار ، هذان المكونان هما الانزعاج الذى لا يمكن للمريض ضبطه والتحكم فيه ، وما يصاحبه من استثارة مفرطة وشديدة بصفة دائمة (أو الشد والتوتر الذى يرتبط بأعراض الجهاز العصبى المركزى أساسا) . ولأن الدراسات السابقة التى راجعناها هنا قد أيدت الخلاصة السابقة ، فإن الملامح والأعراض المعرفية والجسمية للقلق العام كانت غالباً ما يتم علاجها بالعلاج المعرفى وأى أسلوب من أساليب الاسترخاء العضلى العميق بصفة أساسية . فضلاً عن ذلك ، فإن وجهات نظر جديدة تالية تدور حول طبيعة الانزعاج المرضى[1] ، (Borkovec & Hu, 1990; Rapee & Barlow, 1991) ترى أن فائدة مواجهة الانزعاج الناجم عن اضطراب القلق العام عن طريق التعرض لنموذج يمكن محاكاته قد بدأت تبرز للوجود كعلاج فعال لاضطرابات القلق العام (راجع مثلاً : Craske, Barlow, & O'Leary, 1992; O'Leary, Brown, & Barlow, 1992) فمثلاً ثمة منحى نظرياً يرى أن الانزعاج عبارة عن مدعم سلبى يؤدى إلى تثبيط النشاط الفيزيولوجى للمعالجة الوجدانية[2] (Borkovec & Hu, 1990) . وهناك منحى آخر يرى أن الانزعاج ربما يؤدى إلى منع المعالجة العقلية للأفكار والصور الذهنية المضطربة ، وأن هذا غالباً ما يحدث أثناء توقعات المريض لشر مستطير لا يعرف له مصدراً . ولذا فإن العلاج المعرفى الذى أشرنا إليه مسبقاً يعد أمراً مهما لمساعدة المريض على مواجهة الأفكار السلبية الناجمة عن إدراكه لهذا الحدث المخيف . وفى ظل هذا النوع من العلاج ، فإن المرضى قد يشعرون بمزيد من الراحة والأمان لأنه يتيح لهم مراجعة منطق أفكارهم القلقة وتأملها بعد أن كانوا يتلهون عنها ولايلقون لها بالاً .

دراسات نتائج العلاج :

نظراً للطبيعة الباثولوجية المركبة والمتنوعة التى أشرنا إليها مسبقاً لاضطراب القلق العام وما يتسم به من خصائص واضطرابات متشابكة ، فقد أشارت الدراسات التالية إلى نتائج متواضعة تعبر عن ضعف كفاءة بعض الطرق العلاجية ، مثل العلاج السلوكى – المعرفى والعلاج الطبى النفسى باستخدام العقاقير النفسية . وهذا أمر مسلم به كذلك بالنسبة لكفاءة مثل هذه الطرق العلاجية

(1) Pathological Worry .
(2) emotional processing .

حتى عند تدخلها لعلاج اضطرابات القلق الأخرى (راجع مثلا : Brown, Hertz & Borlow, 1992 : . أضف إلى ما سبق ، أنه إذا كانت معظم الدراسات قد أشارت إلى أن معظم العلاجات الطبية والنفسية التى تم مراجعتها قد أحرزت نتائج متواضعة من حيث مدى التحسن والتخلص من مشاعر الانزعاج والقلق إلى حد ما ، فإن الدراسات التى قارنت بين فعالية بعض الأساليب العلاجية للقلق لم تجد فروقاً دالة وواضحة بين نتائج هذه الأساليب . وهناك عامل آخر ربما يكون قد أسهم فى إحراز هذه النتائج المتواضعة بالنسبة لطرق العلاج المختلفة ، هذا العامل يدور حول أنماط العلاج التى تم اختبار مدى فعاليتها . فنظراً لأن نظريات تفسير منشأ اضطراب القلق العام قد أعيد صياغتها بشكل يختلف تماماً عما سبق من نظريات ، بحيث أصبح أهم ما تتسم به هو قولها بوجود مظهر أو عرض تشخيصى أساسى (هو المعاناة الشديدة من الانزعاج ، والقلق) ، فإن معظم الدراسات قد فحصت واختبرت فعالية التدخلات العلاجية الطبية والنفسية غير محددة المعالم والنوعية إلى حد ما (مثال ذلك : التدريب على الاسترخاء العضلى العميق) . ويشبه هذا الموقف العلاجات الراهنة لأنماط اضطرابات القلق الأخرى التى تشتمل على عناصر حيكت بشكل محدد لتلائم الملامح الأساسية للاضطراب محل التساؤل السابق . فعلى سبيل المثال ، إن علاج اضطرابات الهلع المعروفة باسم «العلاج بالتحكم فى الهلع» تشتمل عناصره على إعادة التدريب على التنفس العميق ومزيد من التدريب على التعرض للمنبهات التى تثير الإحساسات الحشوية، مما يجعل هذه العناصر وكأنها مفصلة من أجل أن تلائم المعاناة من قلة التهوية والخوف الشديد من الإحساسات الحشوية التى تسببها نوبات الهلع (الفصل الأول من هذا المجلد Craske & Barlow, 1992) . ومع ذلك ، وكما سيتضح فى فقرات تالية من هذا الفصل ، فقد كشفت مجموعة من العلاجات الجديدة حديثاً ، أن هدفها بشكل محدد هو علاج العرض الأساسى الذى يعانى منه مرضى القلق ، وهو الانزعاج الشديد الذى لا يمكنهم ضبطه أو التحكم فيه . وقبل أن نسوق الخطوط العريضة لهذه العلاجات ، يحسن أن نقدم أولاً مراجعة للدراسات السابقة المتصلة بعلاج اضطراب القلق العام .

لقد اهتمت الدراسات المبكرة لعلاج اضطرابات القلق العام باختبار وتقييم مدى فعالية أو كفاءة العلاجات النفسية المتصلة بالاسترخاء العضلى العميق أو

بالرجع الحيوى لاستجابة القلق[١] . وفى حين كانت الغالبية العظمى من هذه الدراسات المبكرة تجرى على عينات شبيهة[٢] بمرضى القلق الكلينيكيين ، (من قبيل طلاب الجامعة متوسطى القلق) . وأحرزت هذه الدراسات قدراً متواضعاً من النجاح فى تخليص الأفراد القلقين من القلق ، نظراً لاستخدامها الأسلوبان السابقان دون أية طرق علاجية أخرى . فقد أشار «لوبوف ولودج» ,Le Bowf & Lodge) (1980 ، إلى أن أربعة فقط من ستة وعشرين مريضاً بالقلق أظهروا تحسناً طفيفاً كنتيجة لعلاجهم بالاسترخاء العضلى العميق فقط .

وظهرت قبل ست سنوات فقط مجموعة حديثة من الدراسات كان هدفها جميعاً تقييم مدى فعالية العلاجات النفسية لاضطرابات القلق العام ، وفقاً لمناهج صارمة للتقييم (منها مثلاً ، دراسات استخدمت مقابلات محددة ومقننة للتشخيص ، ودراسات اعتمدت على المقارنات الدقيقة بين المجموعات التجريبية (القلقة) والضابطة ، فضلاً عن التقديرات قصيرة وطويلة المدى فعالية العلاجات النفسية اعتماداً على مؤشرات عديدة للقلق يمكن تحديدها بدقة باستخدام اختبارات نفسية لكل مؤشر من هذه المؤشرات) . أما أنماط العلاجات «الفعالة» التى تصدت هذه الدراسات لتقييمها ، فقد شملت العلاج المعرفى[٣] ، والتدريب على الاسترخاء العضلى العميق ، والتدريب على مواجهة القلق وإدارته[٤] واحتوائه ، أو الجمع بين نوعين أو أكثر من الأنواع السابقة ، وتم مقارنة المجموعات التجريبية التى تخضع لهذه الأنواع من العلاج بمجموعات ضابطة من الأفراد المسجلين على قوائم الانتظار ولا يتلقون أى علاج نفسى بشكل مباشر . ونتج عن هذه المقارنات ، أن هذه العلاجات الفعالة أدت إلى تحسن دال لدى مرضى القلق العام بالمقارنة إلى أقرانهم المسجلين على قوائم الانتظار (راجع مثلاً : ;Barlow et al., 1984) Barlow, Rapee, & Brown, 1992; Blowers, Cobb, & Mathews, 1987; Butler, Cullington, Hibbert, Klimes, & Gelder, 1987; Lindsay, Gamsu, Mclaughlin, Hood, & Espie, 1987) ، كما أشارت نتائج هذه الدراسات إلى وجود أدلة على دوام التحسن لفترة تزيد على ستة شهور بعد انقطاع

(1) biofeed back .
(2) analog subject .
(3) Cognitive Therapy .
(4) anxiety management training .

العلاج ، مما يكشف عن فعالية هذه العلاجات النفسية وما تحرزه من مكاسب (راجع دراسات : Barlow et al., 1992; Borkovec & Costello, in press; Borkovec & Mathews, 1988; Buetal., 1987, 199) .

ومن النتائج المهمة الأخرى التى تم الخروج بها من هذه المجموعة من الدراسات ، فضلاً عن التحسن طويل المدى ، الانخفاض الشديد فى استخدام مضادات القلق كعلاج طبى تفسى من قبل هؤلاء المرضى أثناء فترات المتابعة التى تمتد من ستة شهور إلى سنة ونصف السنة (Barlow et al., 1992 Butler et al., 1991; white, keenan, & Brooks, 1991) . فقد لاحظ بارلو وزملاؤه (١٩٩٢) ، أن نسبة تتراوح بين ٣٣٪ إلى ٥٥٪ من هؤلاء المرضى كانوا يستخدمون أدوية البنزوديازيبينات[١] قبل خضوعهم للعلاجات النفسية ، فى حين أن جميع هؤلاء المرضى قد أوقفوا استخدامهم للأدوية الطبية خلال فترة المتابعة التى امتدت لعامين كاملين . وتبرز أهمية هذه النتيجة على ضوء حقيقة مؤداها ، أن أدوية البنزوديازيبينات بشكل خاص تتصف بمقاومتها لعمليات إيقافها من قبل المتعاطين لها (Schweizer & Rickels, 1991) ، كما تشير أيضاً إلى احتمال مؤداه ، أن العلاجات النفسية الاجتماعية قد يكون من طبيعتها – وفقاً لما أفاد به بارلو وآخرون (١٩٩٢) – أنها تساعد هؤلاء المرضى فى التغلب على المشكلات الناجمة عن إيقاف علاجهم بهذه الأنماط من الأدوية النفسية .

ومع ذلك ، وكما لاحظنا مسبقا ، فإن معظم هذه الدراسات قد فشلت فى الوقوف على أدلة علمية واضحة للكفاءة أو للفعالية التمييزية[٢] (الفارقة) عند مقارنتها بين فعالية علاجين منها أو أكثر (Barlow et al., 1992; Borkovec & Mathews, 1988, Durham & Turvey, 1987; Lindsay et al., 1987) . على الرغم من وجود بعض الاستثناءات القليلة المخالفة لهذه النتيجة العامة أنظر مثلاً : (Butler et al., 1991) . وربما كان من دواعى اليأس وتثبيط الهمم أكثر وجود نتيجة أخرى كشفت عن اختفاء الفروق الجوهرية بين العلاج النفسى المعرفى والعلاجات غير المباشرة[٣] أو نسب التحسن التلقائى (Blowers et al., 1987; Borkovec & Mothews, 1988, white et al., 1991) . ومع ذلك ،

(1) Bonzadiazepines .
(2) differential efficacy .
(3) nondirective treatments .

ثمة استثناء يخرج عن نطاق هذه النتيجة الأخيرة ، تبين العثور عليه ضمن دراسة حديثة تشير إلى وجود فروق جوهرية بينهما (راجع دراسة Borkovec & Castello, in press) . ولكن بالرغم من ضعف الدليل العلمى الذى يشير إلى الكفاءة التمييزية الفارقة فى معظم هذه الدراسات ، فإن كلا من العلاجات النشطة الفعالة فى مقابل العلاجات غير المباشرة (أو غير الموجهة) قد حققت مكاسب جوهرية قوية (إذا ما قورنت نتائجها بنسب التحسن التلقائى لدى مرضى قوائم الانتظار) . وبرغم ذلك تشير النتائج بشكل عام إلى ضعف الكفاءة التمييزية بين العلاجات النشطة[1] والعلاجات غير المباشرة مما يؤكد أهمية الاستمرار فى بحث فعالية آليات التدخل العلاجى بهدف تطويرها (Butler & Booth, 1991) .

وقبل وضع إطار نهائي لتطبيق أساليب محددة تلائم تقدير وعلاج اضطراب القلق العام ، يجدر بنا مراجعة بعض دراسات تقييم نتائج العلاج التى تستحق منا مزيداً من التفصيل والاهتمام (مثال تلك الدراسات التى توصلت لأدلة الكفاءة التمييزية بين العلاجات النشطة الفعالة ومكاسب العلاجات التلقائية غير المباشرة) . وأولى هذه السلسلة من الدراسات تلك الدراسة التى قام بها «بوتلر وآخرون» (١٩٨٧) بهدف تقييم مجموعة من اختبارات إدارة القلق[2] التى وضعت تأسيساً على أعمال مهمة فى هذا المجال قام بها «سوين وريتشارد سون» (Suinn & Richardson, 1971) لقياس اضطراب القلق العام . تكونت إجراءات العلاج من تعليم المرضى كيفية مواجهة جوانب عديدة لقلقهم عن طريق أساليب من قبيل إجراءات الاسترخاء التى ينفذونها بأنفسهم دون مساعدة ، وإجراءات اللهو[3] التى تستهدف إلهائهم بعيداً عن الجوانب المعرفية للقلق . كما تم التعامل مع أنماط التجنب الدفينة لكل من الهاديات الموقفية والجسمية التى غالباً ما يعانى منها مرضى القلق العام ، وذلك بتشجيعهم على ضبط حياتهم وما يسود فيها من أفعال وفقاً لجدول للنشاطات السارة ، ومراجعة ذكرياتهم التى تدور حول ألوان من نجاحاتهم الماضية والمجالات والمواقف التى تفوقوا فيها وأثبتوا جدارة تسعدهم وعقدت مقارنات بين المرضى الذين عولجوا بأسلوب إدارة قلقهم (ن = ٢٢) ومجموعة ضابطة من مرضى قوائم الانتظار (ن = ٢٣) ، كانت نتائجها وجود

(1) active .
(2) anxiety managment package .
(3) distraction .

تحسن شديد الدلالة بينهما وفقاً لما كشف عنه الأداء على كل مقاييس القلق (مثل مقياس تقدير القلق لهاميلتون ، وقائمة سبيلبرجر لحالة – سمة القلق) . وفى فترة المتابعة التى استمرت لمدة ستة شهور تالية على العلاج ، استمر التحسن بنفس معدلاته لدى بعض المرضى ، وازداد بشكل جوهرى لدى بعضهم الآخر . فمثلاً ، قد أظهرت المجموعة التجريبية تناقصاً فى معدلات القلق وفقاً لأدائها على مقياس هاميلتون للقلق تراوحت حول متوسط نسبته ٥٩٪ بعد انتهاء إجراءات العلاج مباشرة (بحيث تناقص متوسط الأداء على الاختبار من ١٦ درجة إلى ٦,٦) ، ووصلت معدلات التناقص إلى ٦٩٪ بعد انقضاء فترة المتابعة التى استمرت ستة شهور كاملة (أى تناقص المتوسط من ٦,٦ إلى ٥ درجات فقط) . وكما ذكرنا فى موضع آخر ، فإن هذه النتيجة الأخيرة تشير إلى تفوق فعالية العلاجات النفسية بإدارة القلق بشكل شديد الدلالة إحصائياً بالمقارنة إلى فعالية علاج القلق العام طبياً بأدوية البنزوديازبينات (Barlow, 1988; Brown, Hertz, & Barlow, 1992) ، وفقاً لأى دراسة من الدراسات التى تعرضت لتقدير الآثار قصيرة المدى لهذه الأدوية مقارنة إلى العلاجات النفسية . ومع ذلك فإن هذه المشاهدات والنتائج ينبغى النظر إليها على ضوء أن هذه الدراسات لم تقارن نتائجها بمجموعات مرضية كانت تعالج بالأدوية الطبية فى مقابل مجموعات كانت تعالج نفسياً ، وأخرى ضابطة لم تتلق أى علاجات لا طبية ولا نفسية ، لأن معظم الباحثين كانوا يختارون عينات من بين المرضى الذين كانوا يعانون من القلق العام الحاد لمدة تقل عن سنتين ، مما ساعدهم على عزل واستبعاد مرضى القلق العام المزمن.

وفى دراستهم الثانية من هذه السلسلة ، قام الباحثون أنفسهم (Butler et al ., 1991) بتقييم فعالية وآثار علاج معرفى مكثف وأشد صراحة لإدارة القلق من أفكار بيك وإمرى (١٩٨٥) ، حيث طوروا صيغة فى شكل علاج لإدارة القلق تخلو من أى نوع من أنواع العلاج المعرفى . وكان هدفهم من تقييم فعالية العلاج المعرفى بهذه الصيغة يقف خلفه افتراض مضمونه أن هذا المنحى ربما يحقق نتائج مثيرة للغاية فى علاج عرض الانزعاج الراسخ لدى كل مرضى القلق العام. وقد تم تشخيص المرضى وفقاً لمحكات الدليل الأمريكى الثالث المعدل لتصنيف الأمراض النفسية فى شأن اضطراب القلق العام ، ولكن دون تطبيق محك أن تكون مدة المعاناة من المرض عامين فأقل كما حدث فى دراستهم

الأولى السابقة . وتكونت إجراءات العلاج من جلسات أسبوعية تمتد على مدى ١٢ أسبوعاً ، بالإضافة إلى جلسات تعزيز تالية لفترة العلاج السابقة لمدة أسبوعين ، أو أربعة أو ستة أسابيع . وطبقت الصيغتان من العلاج (المعرفى مقابل إدارة القلق بلا أى عنصر من عناصر العلاج المعرفى) على مجموعتين تجريبيتين إحداهما تلقت العلاج المعرفى والأخرى عولجت بإدارة القلق ، فى مقابل مجموعة ضابطة من مرضى قوائم الانتظار . كشفت النتائج عن وجود دليل قوى جوهرى يشير إلى أن كلتا المجموعتين التجريبيتين قد تحسنتا جوهرياً بالمقارنة إلى المجموعة الضابطة ، وأن المجموعة التجريبية التى تلقت العلاج المعرفى قد تحسنت بشكل جوهرى بالمقارنة إلى المجموعة التى خلا علاجها من العلاج المعرفى (ن لكل = ١٩ ، ١٩ ، ١٨ على التوالى) ، وذلك كله وفقاً لأدائهم على مقاييس القلق قبل تلقى العلاج وبعده مباشرة ، وبعد مرور فترة المتابعة لمدة ستة شهور ، فقد استمر تحسن المجموعتين التجريبيتين ، علماً بأن مجموعة العلاج المعرفى ازداد تحسنها جوهرياً بالمقارنة إلى مجموعة العلاج السلوكى . واتساقاً مع النتائج التى أشار إليها بارلو وزملاؤه فى عام ١٩٩٢ ، بشأن الأدوية الطبية ، فقد تبين أن هذا التحسن الضخم لدى هذه العينة يرجع فى جزء منه إلى العلاج الطبى الذى كان يعالج به هؤلاء المرضى قبل خضوعهم لبرامج العلاج النفسى ، فقد كان ٤٠ ٪ منهم يعالجون بمضادات القلق مع مهدئات أو المهدئات فقط . ولكن بعد انتهاء إجراءات العلاج النفسى ، استمر ٢٤ ٪ فقط من كلتا المجموعتين فى تناول العلاج الطبى ، وهبطت هذه النسبة المئوية إلى ١٥ ٪ فقط بعد مرور ستة شهور على تحسنهم ، مع تقليل كل مريض على حدة لعدد الجرعات المعتادة .

وحاول بوتلر وزملاؤه (١٩٩١) تحديد دلالة التحسن العلاجى عيادياً عن طريق تطبيق محكات أشد صرامة للتوظيف النهائى لكل حالة[1] (وذلك من خلال الوقوف على درجاتهم داخل معدل درجات الأفراد العاديين على ثلاثة مقاييس للقلق هى ، مقياس هاميلتون للقلق ، وقائمة بيك للقلق ، ومقياس ليدز للقلق) . وما بعد انتهاء العلاج ، كانت النسب المئوية للمرضى الذين صنفهم أداءهم ضمن معايير الأفراد العاديين على المقاييس الثلاثة ، هى ٣٢ ٪ فى مقابل ١٦ ٪ لدى مجموعة العلاج المعرفى فمجموعة العلاج السلوكى على التوالى . وارتفعت نسبة مرضى العلاج المعرفى إلى ٤٢ ٪ بعد مرور ستة أشهر على تلقى العلاج ، فى

(1) end-state functioning .

حين انخفضت نسبة مرضى العلاج السلوكى بشكل جوهرى إلى ٥٪ بعد مرور الفترة نفسها . وتظهر هذه النتائج المتواضعة لنتائج التحسن مرة ثانية ، أن اضطراب القلق العام يمكن أن يمثل مشكلة مزمنة وشديدة ، وأن ثمة متسعاً كذلك لمزيد من فرص التحسن والشفاء لدى هؤلاء المرضى المزمنين إذا ما خضعوا للعلاج النفسى بعامة والمعرفى منه على وجه الخصوص . أضف إلى ما سبق أنه فى حين تمثل دراسة بوتلر وزملاؤه (١٩٩١) واحدة من الدراسات النادرة التى أمدتنا بدليل علمى للتمييز الفارقى بين كفاءة علاجين من العلاجات الفعالة ، وهذا ما أيدته دراسة بوركوفيتش وكوستيللو (تحت الطبع) ، فإن كفاءة العلاج السلوكى أظهرت أدنى مستوى لها بالمقارنة إلى الدراسات الأخرى التى تصدت لتقييم فعالية العلاجات النفسية فى شفاء مرضى القلق العام . ولذلك إذا غضينا الطرف عن أسباب هذه الفعالية المحدودة لهذا النوع من العلاج ، فإن المكاسب البسيطة التى حققها العلاج السلوكى لدى هؤلاء المرضى يمكن أن تمدنا بمعيار عقلى حر لاكتشاف الفروق بين مجموعات القلق إذا ما خضعت لمجموعة متباينة من العلاجات النفسية الأخرى الفعالة ، فى مواجهتها للحياة الاجتماعية (فقد تبين مثلا أن ٥٪ فقط من مرضى العلاج السلوكى هم الذين يستطيعون مواجهة أعباء محكات توظيف ما لديهم من مهارات على مدى ستة شهور من المتابعة) .

وفى دراسة حديثة أجراها بوركوفيتش وكوستيللو (تحت الطبع) بهدف المقارنة بين فعالية كل من العلاج بالاسترخاء ، والعلاج المعرفى – السلوكى والعلاج غير الموجه لدى عينة تتكون من ٥٥ مريضاً تم تشخيصهم بدقة وفقاً لمحكات تشخيص اضطراب القلق العام التى نص عليها الدليل الأمريكى الثالث المعدل للأمراض النفسية . ونظراً لأهمية هذه الدراسة ، سنصفها بشئ من التفصيل .

تكَّون العلاج بالاسترخاء التطبيقى من الآتى : تعليم المرضى الاسترخاء العضلى العميق مع التنفس ببطء . وانصب التدريب فى البداية على ستة عشرة مجموعة عضلية ثم انخفض ليشمل أربع مجموعات فقط ، فضلاً عن تعليمهم ضبط الاسترخاء عن طريق هادية معينة ، واستدعاء الاسترخاء بهدف تيسير انتشاره بسرعة وبشكل يسبق عملية تنشيط القلق . ويتضمن العلاج المعرفى – السلوكى جميع عناصر الاسترخاء التطبيقى السابقة ، كما يتضمن جميع مكونات

التعايش مع التطمين المنظم[1] فضلاً عن العلاج المعرفى . وتشتمل عملية التعايش مع التطمين المنظم بناء مدرج القلق إزاء المواقف التى تستثير لدى المرضى استجابات معرفية وجسمية محددة . وبعدما يصل المرضى إلى درجة الاسترخاء بعمق شديد يعرض أو يقدم لهم المعالج هاديات القلق الخارجية والداخلية ، ويطلب منهم الاستمرار فى تخيل أو تصور مواجهة هذه الهاديات المقلقة أثناء تخيلهم أيضاً الاستغراق فى استخدام مهارات الاسترخاء التى تعلموها من أجل مواجهة مثل هذه الهاديات والمواقف المقلقة . وعلى المعالج أن يكرر عرض كل منظر يثير القلق على حدة عدداً كافياً من المرات بحيث يطمئن إلى أنه لم يعد فى مقدوره استثارة القلق لدى المريض . وقد تم تقديم العلاج المعرفى كجزء من العلاج السلوكى بعد الإجراءات التى حددها «بيك وإمرى» (١٩٨٥) له بهدف توليد استجابات معرفية محددة لمواجهة ما ينجم عن هذه المواقف المقلقة .

وفى ظل العلاج غير الموجه ، كان المرضى يحاطون علماً بأن أهداف هذا النوع من العلاج هى تعزيز فهمهم لأنفسهم وزيادته ، وأن يكتشفوا بجهودهم الخاصة الأشياء والأمور التى يمكنهم فعلها بشكل مختلف بحيث يتوافقون مع ما يشعرون به . ولم يكن المعالجون يمدونهم بمعلومات محددة عن جوهر اضطرابات القلق العام ولا بنصائح مباشرة أو طرق لمواجهة القلق والتوافق معه ، بل كان كل دورهم يتجسد فى إتاحة مزيد من الوقت لهم للتأمل الذاتى مع مساعدتهم فى توضيح مشاعرهم وفهمها والتركيز عليها .

أشارت النتائج إلى أنه برغم ضعف الفروق بين العلاجات الثلاثة وبعضها بعضاً فى قابليتها للصدق ، والتوقع المستقبلى ، وإدراك مريض القلق للعلاقة العلاجية ، فإنه بعد انتهاء إجراءات العلاجات الثلاثة ، تبين أن العلاج بالاسترخاء التطبيقى والعلاج المعرفى السلوكى كانا أكفأ جوهرياً من العلاج غير الموجه من حيث فعاليتهما فى تحسن المرضى وشفائهم من القلق . ظهر ذلك عند المقارنة بين المجموعات العلاجية ، وبين الأفراد داخل كل مجموعة على حدة ، فقد حقق مرضى مجموعتا الاسترخاء والعلاج المعرفى السلوكى أعلى معدلات التحسن . وكانت الفروق فى نسب التحسن بين المجموعات العلاجية الثلاثة بعد انقضاء إجراءات العلاج بصفة خاصة تستحق الاهتمام بها والوقوف عندها ملياً لأنها

(1) Coping desensitization .

أشارت إلى أن كل عناصر العلاج بالاسترخاء التطبيقى والعلاج المعرفى السلوكى قد اشتملت على كل معايير التقويم الموضوعى للتحسن بعيداً عن أى عوامل أخرى عشوائية وغير محددة . وعلى الرغم من عدم وجود دليل واضح يشير لوجود فروق فى التحسن وفى كفاءة العلاج بالاسترخاء والعلاج المعرفى السلوكى فى تخليص المرضى من القلق ، فإن نتائج فترة المتابعة التى امتدت لاثنى عشر شهراً قد أشارت إلى أنه ، بالإضافة لاحتفاظ المرضى بمكاسب كلا النوعين من العلاج واستمرار تحسنهم طوال فترة المتابعة ، فإن نسبة كبيرة من مرضى القلق الذين خضعوا للعلاج المعرفى السلوكى قد أحرزوا أعلى معدلات من التحسن والتخلص من المرض وفقاً لمعايير موضوعية بالمقارنة إلى أقرانهم الذين خضعوا للعلاج بالاسترخاء ، وكانت النسب على التوالى (٥٧,٩ ٪ ، ٣٧,٥ ٪) . وعلى العكس من ذلك بالنسبة لمرضى العلاج غير الموجه ، فقد انتكس معظمهم أثناء فترات المتابعة، بحيث لم يظل على تحسنه سوى ٢٦,٧ ٪ منهم . (بينما احتاج منهم ٦١,١ ٪ مزيداً من العلاج أثناء فترة المتابعة ، فى مقابل ١٦,٧ ٪ ممن خضعوا للعلاج بالاسترخاء ، ١٥,٨ ٪ ممن خضعوا للعلاج المعرفى السلوكى) . وفى حين لاحظ «بوركوفيتش وكوستلو» (تحت الطبع) من خلال دراستهما هذه ، أن كلا من العلاج بالاسترخاء والعلاج المعرفى السلوكى قد حققا أعلى معدلات الكفاءة من حيث تخليص المرضى من القلق العام وفقاً لتراث تقويم كفاءة أنواع العلاج حتى الآن ، فإنهما قد أوصيا فى نهاية هذه الدراسة بأنه لأن هذين النوعين من العلاج قد أحرزا معدلات للتحسن والشفاء استمرت لدى ثلث أو نصف المجموعتين لما يزيد على عام بكامله كفترة متابعة ، أوصيا بضرورة تطبيق هذين العلاجين واستمرار البحث فيهما بهدف تطويرهما ورفع كفاءتهما وفعاليتهما من أجل علاج اضطرابات القلق العام .

ولقد طورنا - حديثا - منحى علاجيا جديدا لعلاج اضطرابات القلق العام ، يُوجّه مباشرة لعلاج عنصر الانزعاج . هذا العلاج اكتسب مزايا عديدة من خلال معرفتنا بالتطورات الحادثة فى علاج اضطرابات الهلع داخل المركز الذى نعمل فيه . ففى دراسة أولية أجراها «أوليرى وزملاؤه (O, Leary et al., 1992) قامت بتقييم مدى فعالية التعرض للانزعاج أو للقلق فى صورته المجردة (أى بدون عناصر علاجية أخرى من قبيل التدريب على الاسترخاء أو استخدام العلاج المعرفى) مستخدمة تصميماً تجريبياً داخل الأفراد ذا خط أساس متعدد . وكانت

تتم مقابلة ثلاثة من المرضى ، الذين تم تشخيصهم بأنهم يعانون من القلق العام وفقاً لدليل التشخيص الأمريكي الثالث المعدل ، كل منهم على حدة فى جلسات أسبوعية امتدت من ٨ إلى ١٢ أسبوعاً . وكان التعرض للقلق يحدث بشكل تام عن طريق التدريب عليه بين الجلسات وبعضها بعضاً وكذلك داخل كل جلسة على حدة . وكان المرضى يراقبون بأنفسهم يومياً مستويات القلق والمزاج ، ثم يجيبون عن هذه الاستخبارات أسبوعيا ، استخبار جامعة ولاية بن للانزعاج والقلق PSWQ، ومقاييس الاكتئاب ، والقلق ، والانعصاب (DASS) ، واستخبار الضبط الانفعالى . (ECQ) (Papee, Crask, & Barlow, 1989)

أشارت النتائج إلى أن اثنين من المرضى الثلاثة قد أظهرا انخفاضاً جوهرياً عيادياً فى المستويات اليومية للقلق والاكتئاب مع انخفاض مثير فى درجات استخبار بن للانزعاج . وعلى الرغم من أن المريضة الثالثة لم تظهر هذا الانخفاض الشديد فى مستويات الانزعاج والقلق ، فإن ارتفاع درجاتها على استخبار الضبط الانفعالى (ECQ) عبر فترة العلاج قد أظهرت انخفاضاً فى إدراكاتها الذاتية لضبط حالات الانزعاج والحالات الانفعالية الأخرى . أضف إلى ما سبق ، أنه بفحص المرضى الثلاثة من حيث معدلات القلق لديهم بعد توليد أسوأ معدل منه يمكن ملاحظته (حيث بلغ القلق ذروته[١] ثم بعد خلق بدائل لهذه النتيجة المخيفة أى مرحلة ما بعد القلق[٢] ، كشف الفحص عن وجود آثار للتعود ، حيث أصبحت ذروة القلق أعلى بشكل متسق من مرحلة ما بعد القلق ، مما يشير إلى أن التدخل كان له تأثير حقيقى كاستراتيجية لإعادة التشريط[٣] وبما يتسق مع ما تم افتراضه مسبقاً .

وعلى أية حال ، لقد تم تكريس بقية هذا الفصل لوصف هذا العلاج ووصف منحاناً فى تقدير اضطرابات القلق العام وقياسها . وسيتم وصف إجراءات العلاج كوحدة واحدة متضمناً وصف التعرض للانزعاج[٤] مثله فى ذلك مثل وصف العلاج المعرفى ، والتدريب على الاسترخاء ، فضلاً عن استيراتيجيات أخرى (مثل الوقاية من سلوك الانزعاج[٥]وحل المشكلات) .

---

(1) peak anxiety .
(2) post anxiety .
(3) deconditioning strategy .
(4) worry exposure .
(5) worry behaviour prevention .

سياق العلاج[١]

وصف مكان العلاج

تجرى جميع عمليات الفحص والتقدير النفسى وعلاج حالات اضطرابات القلق العام ، حتى اليوم ، داخل عيادة أمراض المخاوف والقلق التابعة لمركز أمراض المشقة النفسية والقلق . وعلى مدار العام يرد لهذه العيادة ما يزيد على ٣٥٠ حالة جديدة ، ويتم تشخيص ١٠٪ تقريباً من هذه الحالات بشكل أساسى تحت تصنيف أساسى[٢] هو اضطراب القلق العام . وتعنى كلمة تشخيص أساسى ، أنه على الرغم من أن هؤلاء المرضى يكون قد وضعت لهم تشخيصات أخرى مشتركة[٣] فإن معاناتهم من اضطراب القلق العام هى التى تسود بشكل واضح . ويخضع المرضى الذين يردون للعيادة لأول مرة ، ويكونون فى حاجة لتقدير نفسى أو تقدير وعلاج نفسى ، يخضعون لعملية فرز سريعة (عادة ما تتم عن طريق الهاتف) للتأكد من مدى حاجتهم لمثل هذه الخدمة النفسية المتخصصة (وتسمى هذه العملية بمدى ملاءمتهم للتقييم) . بعد ذلك يخضع هؤلاء المرضى لعملية تقييم للالتحاق بالعيادة أو دخول المركز[٤] بحيث يتكون التقييم من تطبيق واحد أو اثنين باستخدام مقابلة مقننة لتشخيص القلق العام ، ومجموعة من الاستخبارات (بطارية) ، وقد تتطلب بعض الحالات الأخرى إجراء تقدير نفسى فيزيولوجى[٥] . وعندما تكون الحالة قد أكملت عمليات مقابلة أو تقييم الالتحاق ، وتحدد لها التشخيص الأساسى (الذى عادة ما يتم من خلال مقابلة جماعية من فريق العيادة الذين يتداولون فيما بينهم لتحديد تشخيصات اتفاقية) ، تلتحق بالعيادة ويتحدد لها أحد أعضاء الفريق الذى يقوم بفحصها باستخدام الصورة المعدلة من المقابلة التشخيصية المقننة للقلق العام. ثم تعطى الحالة نتائج مقابلة الدخول وتقرير إحالتها للعلاج[٦] . إن معظم الحالات التى يتم تشخيصها وفقاً لدليل التشخيص الأمريكى الثالث المعدل على أنها تعانى من اضطراب القلق العام كتشخيص أساسى ، تلحق بأحد برامج علاج القلق العام التى تقدمها عيادتنا . وبعد

---

(1) context of therapy .
(2) principal diagnosis .
3) Comorbid diagnoses .
(4) intake evaluation .
(5) psychophysiological assessment .
(6) treatment referral .

قبولها ضمن حالات البرنامج العلاجى ، تستكمل بعض عمليات الفحص والتقدير النفسى الإضافية تلقائياً لأغراض تطبيق برنامج العلاج النفسى الذى ستخضع له ، ومدى تمثيلها للتشخيص الأساسى (من قبيل المراقبة الذاتية قبل العلاجية للانزعاج والقلق) .

وفى الماضى ، كانت برامجنا لعلاج اضطرابات القلق العام تأخذ شكلين هما صيغة العلاج الفردى وصيغة العلاج الجمعى (لجماعات صغيرة يتراوح عددها بين ٤-٦ حالات) . وفى حين عرض هذا الفصل لوصف محدد لإجراءات كلا النوعين من العلاج اللذين كانا يتم تطبيقهما أو استخدامهما ، فإننا نرى - فى الوقت الحاضر - أنه من الأنسب تماماً التخلى عن إحدى هاتيْن الصيغتين العلاجيتين لحساب صيغة العلاج الجمعى - من خلال جماعات صغيرة، لأننا نفترض أن ثمة صعوبات عملية يشتمل عليها عنصر «التعرض للانزعاج» يمكن أن يتغلب عليها العلاج الجمعى دون العلاج الفردى . نحن لم نتثبت من التكامل بين الاسترخاء وعناصر إعادة تكوين البنى المعرفية - حول القلق - التى ينبغى أن تنهض ببنائها وإعادة صياغتها صيغة الجماعة بشكل أساسى ، ولكننا وجدنا أن بعض الحالات - فى الواقع - تستفيد من بعض مزايا هذه الصيغة العلاجية اعتماداً على مدى تماسك الجماعة (مثال ذلك قدرة الجماعة على مساعدة الحالة فى إعادة صياغة البنى المعرفية) . ومع ذلك فإن المدى الذى يمكن لهذه الصيغة العلاجية أن تحقق وفقاً له نتائج ملموسة ، يعد منطقة لازالت تنتظر بحوثاً مستقبلية .

متغيرات الحالة (المريض)(١)

لقد أشارت فقرة المراجعة النظرية السابقة فى هذا الفصل إلى أن بعض خصال حالات اضطراب القلق العام قد يكون لها تأثير على عملية العلاج . فبالإضافة إلى الأعراض والملامح المرضية التى تشكل فى مجموعها محكات هذا المرض حسب تصنيف الدليل الأمريكى الثالث المعدل ، ثمة خصلة بارزة بشكل أساسى تقف فى مواجهة عملية العلاج مؤداها المعدل المرتفع لنسب وجود أعراض مرضية متعددة بشكل واضح لدى حالات اضطراب القلق العام . وعلى الرغم من أن هذه منطقة من المناطق العلمية التى حظيت باهتمام بحثى تجريبى(٢) قليل (Brown & Barlow, 1992) ، فإن وجود اضطرابات نفسية ذات طبيعة

(1) client variables .
(2) empirical .

مترابطة ومتداخلة تحتم على أى معالج نفسى أن يأخذها فى اعتباره عند وضع تخطيط للعلاج . على سبيل المثال ، إذا ما أخذنا الارتباط التام بين القلق المعمم[١]، والانزعاج[٢] ، والاكتئاب (Andrews & Borkovec, 1988, Zinbarg & Borlow, 1991) ، فإن درجة الاكتئاب التى يكشف عنها مريض القلق العام إما فى كل عرض واحد أو فى كل زملة من الأعراض لابد للمعالج أن يكون على علم بها ، لأن الاكتئاب يرتبط دائماً بالاستجابة الضعيفة جداً للعلاج من قبل مرضى القلق العام ، وذلك عند علاجهم بالعلاج المعرفى السلوكى (أنظر مثلاً : (Barlow et al., 1992) . أكثر من ذلك ، إذا نظرنا إلى اضطرابات الهلع واضطرابات القلق العام ، سنجد أنهما غالباً ما يحدثان معاً (Moras et al., 1992) ومن ثم ينبغى أن يكون المعالج على علم بهذا الارتباط المرضى لهما ، لأن ذلك من شأنه أن يجعله يضع ضمن إجراءات علاج القلق العام ، والتدريب على الاسترخاء العضلى العميق للتغلب على مشكلة القلق الشديد التى تسببها حالة الهلع المصاحبة للقلق العام الذى يعانى منه المريض.

وثمة خصلة أخرى يتسم بها مريض القلق العام ، وقد يكون لها اتصال بنتيجة العلاج وفعاليته ، مؤداها درجة انزعاج المريض بسبب نقص الشروط أو الظروف التى من شأنها يقل هذا الانزعاج ، وهو ما يمكن أن نطلق عليه مسمى «انهيار الأنا»[٣] . وقد ينظر إلى اضطرابات القلق العام على أنها اضطرابات فى السمات الشخصية[٤] (Sanderson & Wetrzler, 1991) ، لوجود أدلة تؤيد هذه الوجهة من النظر ، منها أننا لاحظنا أن بعض مرضانا الذين يعانون من القلق العام قد يقاومون عند مواجهة أو عند محاولتهم تخفيض درجة انزعاجهم إلا بسبب أنهم يدركون انزعاجهم كسمة تكيفية (كان يدرك الانزعاج من قبلهم كمخفض بشدة لوقوع حدث سلبى ما) أو بسبب إدراكهم لانزعاجهم على أنه يعد فى جوهره جزءاً متكاملاً من ذواتهم بحيث يمكن التعبير عنه ويظهر بوضوح كسمة من سماتهم عندما لا يجدون فى واقع حياتهم ما يثير انزعاجهم . إن جزءاً من حياة هؤلاء المرضى أنهم يبدون كما لو كانوا يريدون العيش فى حالة من الانزعاج والشد

(1) generalized .
(2) worry .
(3) Ego Syntonic .
(4) Charactarological disorder .

الدائم . ولذا فإن هؤلاء المرضى عادة ما يطلبون العلاج النفسى بهدف تلقى المساعدة لخفض الجانب الجسمى[1] لهذا الاضطراب على الرغم من أنهم لا يرون إطلاقاً أن الانزعاج الذى يعانون منه له أى صلة بأعراض الشد والتوتر العصبى الدائم وفرط الاستثارة وشدة التهيج . هذه مجرد ملاحظات إكلينيكية نبديها من جانبنا ولا يوجد حتى الآن دليل علمى لاختبارها ، وتحديد مدى حدوثها وانتشارها كسمات وخصال شخصية منبئة بفعالية العلاج النفسى ومنبئة بنتائجه .

متغيرات المعالج(٢)

إن البحث فى مدى فعالية العلاجات المعرفية السلوكية للتخلص من اضطرابات القلق العام يمكن النظر إليها على أنها لا زالت فى مهدها ، لأنه لا توجد – حتى اليوم – بيانات علمية تكشف عن مدى تدخل خصال المعالج ومتغيراته فى تشكيل نتائج العلاج . وعلى الرغم من أن قليلاً يمكن أن يقال حول الأسس التجريبية لصفات المعالج ، فبالتأكيد يمكننا أن نقنع فى هذه المرحلة بضرورة أن يتمتع المعالجون النفسيون بمجموعة من الصفات ، منها امتلاكهم لكل أسس استخدام أساليب العلاج المعرفى السلوكى ، بالإضافة إلى الفهم الكامل للنماذج النظرية المعاصرة التى تفسر نشأة الانزعاج واضطراب القلق العام . ولأن العلاج المعرفى يشكل واحداً من الأساليب الأساسية لعلاج اضطرابات القلق العام، فينبغى أن يتسلح المعالجون بالقدرة على تطوير أساليب فعالة لهذا النوع من العلاج (مثل استخدامهم للطريقة السقراطية[3] الاستنباطية ، وجمع الأدلة الواقعية ، ومساعدة الحالة على تحديد وصياغة الأفكار الآلية السلبية[4] (راجع بيك Beck وإمرى Emery) (١٩٨٥) ، ويونج Young وبيك وواينبرجر Weinberger ، فى الفصل السادس من هذا المجلد) ، وينبغى أن يملكوا مجموعة من الخصال التى يتضح من خلالها أنهم معالجون معرفيون مؤثرون (مثال ذلك : قدرتهم على التخاطب مع الحالات بثقة وفعالية ، والتعاطف الحصيف ، والدفء بلا تورط انفعالى ، والقدرة على تطويع مبادئ وأساليب العلاج المعرفى بما يتسق وحاجات كل حالة على حدة) .

---

(1) Somatic .
(2) Therapist variables .
(3) Socratic method .
(4) Automatic thoughts .

وفيما يتصل بالمكونات المتعددة التى تشكل فى مجموعها إجراءاتنا العلاجية لاضطرابات القلق العام ، فقد تبين من خلال خبراتنا فى هذا المجال ، أن أشد الصعوبات التى تواجه مرضانا تكمن فى تعلمهم وقدرتهم على ممارسة الأساليب المعرفية بالطريقة التي تجعلها مفيدة لهم وأشد فعالية . كذلك فإن المعالجين الذين يطلب منهم تدريب هؤلاء المرضى على ممارسة هذه الأساليب المعرفية لازالوا فى حاجة للإشراف عليهم وتوجيههم كيفية التعلم وتطويع هذه الأساليب بما يتفق وكل حالة على حدة . وفيما يتصل بتدريب كل من المعالج والمريض على السواء، فإن أشد الصعوبات التي تقف فى مواجهتهما تكمن في طرق تحديدهما أو مواجهتهما للأفكار والإدراكات ذات الطبيعة النشوئية الوراثية[1] التى تثير قلقهم وانزعاجهم ، وهى المعارف والإدراكات التى لا تقبل التعلم والتطبيق والممارسة بشكل واضح (مثال ذلك : تطبيق وممارسة صياغة بعض الأفكار والإدراكات المضادة قبل القدرة على تحديد الأفكار الآلية السلبية الأكثر بروزاً ، وضعف المريض عن مواجهة هذه الأفكار عن طريق توليد حجج وبراهين عقلية مضادة غير ملائمة وبدائية) . وسنعود لمناقشة هذه القضية فى فقرات لاحقة من هذا الفصل .

وأيضاً ، لقد لاحظنا مؤخراً فى هذا الفصل ، أن الخلفية العلمية الدقيقة للنظرية المعرفية السلوكية والعلاج المنبثق عنها تعد مصدر قوة للمعالج عند تطبيقه لأحد مكونات الإجراءات العلاجية لاضطراب القلق العام المعروفة باسم «التعرض لمواقف الانزعاج» . سوف تساعده هذه المعرفة من التأكد من أن مؤشرات التعرض العلاجية الفعالة يمكن تطويعها على نحو متكامل لمصلحة المريض (مثال ذلك : إدراك وحماية الحالة من حيرتها وذهولها وتوفير مدى زمنياً واسعاً للتعرض من أجل تكوين عادات لدى مرضى القلق العام تمكنهم من التوافق مع الصور العقلية التى تسبب انزعاجهم وكيفية مقاومتها والتعامل معها) .

---

(1) Anxiogenic cognitions .

التقـــــدير(١)

التصنيف والفــرز(٢)

وفـقـاً للدليل الأمـريكى التـشـخـيـصى الثـالث المعـدل لأمـراض القـلق واضطراباته، يظل القلق العام من بين أصعب اضطرابات القلق التى تفتقر إلى معاملات ثبات مرتفعة (راجع : ديناردو ، وموراس ، وبارلو ، ورابى ، وبروان Dinardo, Moras, Barlow, Rapee & Brown (تحت الطبع) . وبينما تشير المراجعات المطروحة فى الدليل الأمريكى الثالث المعدل إلى أن المحكات التشخيصية المتصلة باضطراب القلق العام قد تحسنت معدلاتها التشخيصية إلى حد ما ، فإن دراستنا الراهنة قد اختبرت ثبات هذا الاضطراب - وفقاً للدليل الأمريكى الثالث المعدل - عن طريق تطبيق صورة مستقلة من المقابلة التشخيصية المقننة والمعدلة مرتين بينهما فاصل زمنى ، بحيث حصلنا على معامل ثبات لاضطراب القلق العام - من بين كل اضطرابات القلق الأخرى ، مقداره (٠,٥٧) ، (ديناردو، وآخرون Dinardo, et al) (تحت الطبع) . ولقد أدت النتيجة المتسقة التى تتصل بشدة انخفاض معامل ثبات هذا الاضطراب بالمقارنة إلى اضطرابات القلق الأخرى ، إلى دعوة عدد من الباحثين للمناقشة معا وبحث أسباب هذه النتيجة . وكانت الخلاصة التى انتهوا إليها هى ضرورة وضع محك أساسى عند تشخيص مرضى القلق العام مؤداه التوصية بتطبيق مقابلتين للمريض نفسه عن طريق طبيبين مستقلين للوقوف على معامل اتفاق التشخيص . ولقد بدأ هذا الإجراء المنهجى فى الظهور فى الدراسات السابقة لهذا الموضوع . مثال ذلك ظهوره فى دراسات بوركوفيتش وكوستيللو Borkovec & Costello (تحت الطبع) .

وكما نوهنا إلى ذلك فى مواضع أخرى ، مثال ذلك : بروان وآخرون Brown et al (١٩٩٣) ، وديناردو وآخرون Dinardo et al ، (تحت الطبع) ، فقد تبين وجود عوامل عديدة يمكن أن تكون سبباً فى مثل هذه المعدلات المنخفضة لمعاملات الاتفاق المتصلة بتشخيص اضطرابات القلق العام . من هذه العوامل مثلاً ، وجود نماذج نظرية حديثة تتعامل مع هذا الاضطراب على أنه نوع من القلق الأساسى لمجرد أن ملامحه تعكس العمليات الأساسية للقلق ، وهذه نظرة

(1) Assessment .
(2) Classification .

علمية عفى عليها الزمن ، راجع : بارلو Barlow ، (١٩٨٨) ، (١٩٩١) ، ورابى Rapee (١٩٩١) . فلو أن هذه النماذج تتسم بالصدق لكان على المرء أن يتوقع ، أنه ما دامت الأعراض متوفرة فى هذا التشخيص ، فإنها ستكون ممثلة فى كل اضطرابات القلق بكل تشخيصاته ، بقدر ما يمكن أن تكون موجودة فى الاضطرابات المزاجية . أضف إلى ما سبق ، أن اضطراب القلق العام يمكن تحديده فقط عن طريق ما يتضمنه من عمليات داخلية تمثل ملامحه الأساسية (من قبيل الانزعاج الشديد ، وأعراض الشد أو الاستثارة الدائمة) . وهكذا ، يمكننا أن نخلص إلى أن غياب «الملمح الأساسى»[1] الذى يحدد الاضطراب بوضوح ، يمكن أن يسهم أيضاً فى انخفاض ثباته التشخيصى بالمقارنة إلى ارتفاع معدلات معاملات الاتفاق التشخيصية للاضطرابات التى تتوفر لها هذه الملامح الأساسية (مثال ذلك الأعراض القهرية فى عصاب الوسواس القهرى ، وعرض التجنب الرهابى ، فى اضطراب المخاوف البسيطة ، وفقاً لما أشار إليه دينازدو وآخرون Dinardo et al مثلاً (تحت الطبع) .

وهناك جوانب أو زوايا أخرى للنظر تتصل بالمحكات التشخيصية لاضطراب القلق العام ينبغى أن نأخذها فى حسابنا عند فحص الأسباب والعوامل المحتملة التى تسهم فى انخفاض ثباته التشخيصى . فقد انتهى الدليل الأمريكى الثالث المعدل على سبيل المثال ، إلى أنه لا يجب وضع تشخيص محدد لهذا الاضطراب (القلق العام) إذا ما وقعت الأعراض التى تحدده فقط أثناء المعاناة من اضطرابات المزاج[2] أو من الاضطراب الذهانى[3] . واستمر وجود هذا المحك ولا زال موجوداً فى الدليل الأمريكى الرابع (راجع المحك «و» فى الجدول ١ -٤ السابق) . ويبدو أن هذا المحك التشخيصى قد تم تضمينه فى دليل تشخيص هذا الاضطراب - جزئياً - من أجل الاقتصاد وتقليل التشخيصات (مثال ذلك ، نحن نمنع وضع التشخيصين أو عندما يكون ممكنا اتساع التشخيص ب للتشخيص أ بكل ما يشتمل عليه من أعراض وملامح ، مما يضر بكلا التشخيصين معا ويزيدهما ضعفا) . ومع ذلك فإنه فى حالة المعاناة بصفة خاصة من اضطرابات المزاج (مثال ذلك ، الاكتئاب الأساسى ، أو الانقباض) ، يكشف عديد من

(1) Key feature .
(2) Mood disorder .
(3) Psychotic disorder .

المرضى بهما عن تاريخ عيادى مصحوبا بتفاقم مزمن لنوبات متناوبة أو متداخلة من الاكتئاب والقلق الدائم ، فيما أشار إليه زينبارج وبارلو Zinbarg & Barlow (١٩٩١) . وهكذا يصبح الاختصاصى العيادى فى وضع صعب إلى حد ما إذا ما حاول الاعتماد على التقارير الاسترجاعية لمرضاه والتى تتصل بوضعهم الراهن وبقاء نوبات القلق والاكتئاب ، من أجل تحديد ما إذا كانت تتوفر المحكات التشخيصية لاضطراب القلق العام رغم غياب اضطرابات المزاج .

وهناك تشابه واضح بين الدليل الأمريكى الثالث المعدل والدليل الأمريكى فى طبعته الرابعة فيما يتصل بمحكات تشخيص اضطرابات القلق العام ، إذ نص كلاهما على أن «بؤرة القلق والانزعاج لا تقتصر على أعراض وملامح اضطرابات المحور التشخيصى الأول بمفرده» (راجع المحك د فى الجدول ١-٤ السابق) . ففى عدد كبير من الحالات ، يمكن أن تكون مسألة تحديد ما إذا كانت انزعاجات المريض تمثل مناطق من الخشية والتهديد المرتبط باضطراب آخر ، مسألة واضحة المعالم نسبياً (فمثلاً إذا كان لدينا مريض يعانى من تاريخ مشترك من القلق العام والهلع ، فإن استبعاد الانزعاج كملمح أساسى من ملامح تشخيصه بالهلع لن يمنعنا مستقبلاً من توقع تشخيصه ومعاناته من القلق العام الذى تمثل الانزعاجات الجوهر الأساسى له) . ومع ذلك ، فإن التوصل إلى وضع تشخيصات فارقة بين اضطراب القلق العام واضطرابات القلق والمزاج الأخرى ، وذلك على ضوء الأدلة المتوفرة بصفة خاصة – عن معدل التشابه فى التاريخ المرضى بينهم ، يعد أمراً صعباً فى كثير من الأحيان ، وفقاً لما قرره موراس وآخرون Moras et al (١٩٩٢) ، وساندرسون وآخرون Sanderson et al (١٩٩٠) ، (فعلى سبيل المثال ، هل يمكن التفرقة بين الانزعاج الدائم الذى يرتبط بالخوف والخشية ، حتى إذا ما تأخر فى الظهور وإثارة المخاوف الاجتماعية ، وبين كونه يعد انعكاساً لميل عام تجاه عدد لا حصر له من الأمور التافهة التى يقلق إزاءها المريض بالقلق العام ؟ ، راجع ما ذكره بارلو ودينياردو Barlow & Dinardo (١٩٩١) . أضف إلى ما سبق ، أن من يقوم بإجراء مقابلات دقيقة ربما يكون بحاجة ماسة لكشف النقاب عما إذا كانت منطقة الانزعاج التى ظهرت أمامه عند الفحص ترتبط فعلاً باضطراب القلق العام أم ترتبط باضطراب آخر أم بكلا الاثنين معا (مثال ذلك ، هل الاهتمام بأداء العمل وبالأمور المالية أمر طبيعى متكرر بالنسبة لشخص ما ؟ ، أم أن هذه الاهتمامات تظهر فقط بعد بدايات نوبات

الهلع غير المتوقعة ؟ أم أن المريض بدأ يعانى من القلق بسبب توقعاته التى تدور حول إمكانية حدوث نوبات الهلع أثناء قيامه بعمله؟) .

وعلى ضوء ما ورد فى الدليل الأمريكى الثالث بالطبعة المعدلة ، يوجد مصدر آخر ممكن لضعف الثبات التشخيصى لاضطراب القلق العام ، يدور حول ما إذا كان لدينا مكونين للانزعاج والقلق أم مكونا واحدا له . فقد لاحظ ديناردو وآخرون Dinardo et al (تحت الطبع) – فى محاولة منه للتمييز بين مصادر ضعف ثبات تشخيص هذا الاضطراب – أن المشخصين يختلفون حول مسألة النظر إلى الانزعاج ما إذا كان له مصدر واحد أم مصدران يكونانه (مثال ذلك ، مقابل[١] يعتبر قلق المريض أو إنزعاجه وحزنه مصدره الحالة الصحية السيئة لزوجته ، ومرض أطفاله وأمنهم ، ويعد ذلك كله مصدراً واحداً يسميه «أمور عائلية» ، فى حين ينظر مقابل آخر إلى هذه الأمور العائلية على أنها مصدرين أو مجالين مختلفين للانزعاج والقلق) . ولكن – وفقاً للدليل الأمريكى – الطبعة الرابعة – يبدو أن هذه القضية قد انتهت لأن المحكات الواردة فى هذا الدليل لا تتطلب وجود هذين المجالين أو وجود مصدرين للانزعاج كل منهما منفصل عن الآخر (راجع المحك أ فى الجدول ٢ –٤) . ومع ذلك – ووفقاً للدليل الأمريكى – الطبعة الرابعة – لازال الحكم العيادى[٢] يطلب تحديد عدد الأحداث والنشاطات التى تشكل الانزعاج الشديد (المحك أ) .

وأخيراً لكى نحقق ثباتاً مرضياً لتشخيص اضطراب القلق العام ، يجب أن تيسر محكات التشخيص عملية التمييز بين القلق والانزعاج «الطبيعى» والقلق أو الانزعاج المرضى[٣] . ولكى نساعد فى إمكانية التمييز بينهما ، فقد أقرت محكات القلق التى وردت فى الدليل الأمريكى الثالث – الطبعة المعدلة ، أن مجالات القلق لابد أن تحدث وبشكل مكثف على مدى ستة شهور أو أكثر ، يكون الفرد خلالها قد قلق وهاج أياماً عديدة بسبب أمور تافهة لا تسبب مثل هذا القلق الشديد» (APA, 1987, p.252) . ولقد ظلت هذه المحددات باقية فى هذا الدليل بل وامتدت للطبعة الرابعة منه ، وهى (من قبيل : الإفراط فى القلق ، ومدة ستة شهور ، والحزن البادى ، والتشوش الواضح) . ولقد لاحظنا مسبقاً ، أن مدة الستة شهور قد تحددت

---

(1) interviewer .
(2) clinical judgment .
(3) pathological worry .

- جزئياً - للتمييز بين اضطراب القلق العام والأرجاع العابرة لمتغيرات المشقة النفسية الاجتماعية التى نميل أكثر لتشخيصها كشكل من أشكال اضطرابات التوافق. ولقد راجعنا آنفاً الدليل العلمي الذى يبرهن على القدرة على التفرقة بين القلق الطبيعى والقلق المرضى وفقاً لأبعاد من قبيل كمية الوقت في المعاناة من القلق والعجز عن التحكم فى عملية القلق وإدراكها وترويضها وتوجيهها الوجهة الصحيحة ، وفقاً لما ذكره كل من بوركوفيتش وآخرين (١٩٩١) وكراسك وآخرين Carske et al (١٩٨٩) ، وديناردو (١٩٩١) . وعلى الرغم من وجود هذا الدليل فإن ديناردو وآخرين (تحت الطبع) قد لاحظوا أن التشويش الذى يحيط بالحكم غير الواقعى الشديد ومتطلباته ، يسهم فى حدوث الاختلافات فى تلك الدراسة التى وظفت المحكات التى وردت فى الدليل الأمريكى الثالث - فى طبعته المعدلة . ويحدونا الأمل أنه مع التغيرات التى طرأت على محكات القلق فى الدليل الأمريكى - الطبعة الرابعة (المحكان أ ، ب) ، وهى التغييرات التى تؤكد الفعالية الشديدة للقابلية للضبط والتحكم وإدراك الانزعاج أكثر من طلب تحديد مجالات محددة له، يحدونا الأمل فى إزالة التشويش التشخيصى بشكل ملحوظ .

ومجمل القول ، أن القضايا سالفة الذكر تفترض أن فرص التوصل لتعريف مستقر وثابت لاضطراب القلق العام المتصل بأنماط عديدة من الانزعاج والحزن ، فرص ضعيفة جدا . وقد انتهت دراسات عديدة - على النقيض مما سبق - إلى أن مضمون وملامح اضطرابات القلق العام المرتبطة بالانزعاج الدفين يمكن أن تصل بنا إلى تحديد مستقر وثابت له ، وفقاً لما قرره بارلو وديناردو (١٩٩١) ، وبروكوفيتش وآخرون (١٩٩١) ، وكراسك وآخرون (١٩٨٩) ، وساندرسون وبارلو (١٩٩٠) . أضف إلى ذلك ، أن الباحثين قد لاحظوا عند مراجعتهم للمحكات التشخيصية الواردة فى الدليل الأمريكى - الطبعة الرابعة ، احتمال التعرض لمشكلة على الحدود بين تشخيص اضطراب القلق العام واضطراب الوسواس القهرى ، وفقاً لما أشار إليه تيرنر ، وبيادل ، وستانلى Turner, Beidel & Stanley (١٩٩٢) . وقد ظهر هذا الأمر بعد ملاحظة مفادها أن ملامح اضطراب الوسواس القهرى تتداخل مع ملامح اضطراب القلق العام (مثال ذلك : الانزعاج الشديد فى مقابل الوساوس والعرض المميز لها) . وتشير نتائج دراسة كراسك وآخرين (١٩٨٩) إلى أن عديداً من انزعاجات مرضى القلق العام وأحزانهم ترتبط بتصرفات وأفعال سلوكية هدفها خفض القلق الذى تسببه هذه الآلام والأحزان

(الاطمئنان المستمر ومراقبة طفل أو ابنة تنتظر حافلة تُقلُّها للمدرسة) ، مما يعد مقدمة محتملة للتداخل مع الأفكار القهرية التى يتسم بها مريض الوسواس والأفكار الحوازية . ومع ذلك تشير نتائج دراسة براون وآخرين (١٩٩٣) إلى أن انخفاض الثبات التشخيصى لاضطراب القلق العام لا يرجع إلى المشكلة الحدية وتداخله مع اضطراب الوسواس القهرى . وقد أيد هذه الوجهة من النظر إجراء مقارنة بين ٤٦ مريضاً بالقلق العام ، و٣١ مريضاً بالوسواس القهرى باستخدام مقابلة محددة مقننة، واستجاباتهم على أحد الاستخبارات المعدة لهذا الغرض . وقد تبين أن ٥٥٪ من المرضى الذين أجروا - كل منهم على حدة - مقابلتين مستقلتين ، لم يتداخل تشخيص أى مريض للقلق العام مع تشخيصه بالوسواس القهرى ؛ بمعنى أنه لم يشخص بكلا التشخيصين ، مما يفترض بشدة أن اضطراب القلق العام فى مقابل اضطراب الوسواس القهرى لا يعانى من ضعف التشخيص الفارق وما يتصل به .
زد على ذلك أن فحص الحالات المرضية المتشابهة من أمراض مختلفة ، قد أشار إلى أنه نادراً ما يصاب أى مريض بكلا النوعين من الاضطرابات فى وقت واحد، وإذا ما حدث ذلك فإن نسب الإصابة تكون شديدة الانخفاض (٦,٥ فقط يعانون من اضطراب الوسواس القهرى مع اضطراب القلق العام ، فى حين أن ٢٪ فقط يعانون أساساً من القلق العام مصحوباً بمعاناتهم من اضطراب الوسواس القهرى) .
ووفقاً لما لاحظناه مسبقاً ، فإن الدرجات على استخبار بن لحالة الانزعاج أو القلق، ويضم ستة عشر بنداً لقياس سمة الانزعاج (ميير وآخرون Meyer et al ١٩٩٠) ، قد استطاعت التمييز بين مرضى القلق العام ومرضى الوسواس القهرى بوضوح .
ومع ذلك ، وبرغم وجود دليل علمي أولي على تنوع بواعث الانزعاج ومصادره استطاع تمييز مرضى القلق العام عن مرضى أنواع القلق الأخرى التى وردت فى الدليل الأمريكى الثالث - الطبعة المعدلة (راجع مثلاً : براون ، أنتونى وبارلو ، ١٩٩٢ ؛ براون وآخرون ، ١٩٩٣ ؛ دينارود ، ١٩٩١ ، ميير وآخرون ، ١٩٩٠ ، وساندرسون وبارلو ، ١٩٩٠) ، فإنه يوجد الآن ندرة فى البيانات التى تجيب عن تساؤل محدد يدور حول ما إذا كانت مقاييس الانزعاج يمكنها التفرقة بين مرضى القلق العام ومرضى الاضطرابات المزاجية والانفعالية ، من قبيل الانطواء والاكتئاب الأساسى ، كما أنه توجد فئات تشخيصية تسبب لنا ربكة شديدة كمشكلة حدودية يعانى منها اضطراب القلق العام شأنه فى ذلك شأن بقية اضطرابات القلق الأُخرى .

وفى الدليل الأمريكى – الطبعة الرابعة ، قد تم مراجعة قائمة الأعراض المرتبطة بمحكات اضطراب القلق العام بدقة ، بحيث انخفضت بنودها من ١٨ ثمانية عشر عرضاً (كما وردت فى الدليل الأمريكى الثالث – الطبعة المعدلة) إلى ستة أعراض فقط (وهى الأعراض التى لابد أن يظهر منها ثلاثة على الأقل حتى يمكن تشخيص القلق العام ، وهذا ما ورد فى المحك ج فى الجدول ١ –٤ السابق) . ولأن الدليل السابق قد أشار إلى وجود صعوبة فى إيجاد تقديرات للأعراض التى وردت فى الدليل الأمريكى الثالث – الطبعة المعدلة تتسم بالثبات ، ووفقاً لما حدده بارلو وديناردو (١٩٩١) ، وفيير وآخرون Fyer et al (١٩٨٩) ، فإن البيانات الحديثة جداً تشير إلى وجود معاملات ثبات مرضية إذا ما حسبنا الاتفاق بين المقدرين حول وجود أو غياب هذه الأعراض ببساطة (الأمر الذى كان يجب أن يتم فى الدليل الأمريكى الثالث – الطبعة المعدلة) ، وهذا أفضل من التركيز على فحص معدلات الاتفاق بين المقدرين التى انصرفت لحساب معاملات ثبات تقديرات شدة الأعراض ، وذلك وفقاً لما انتهى إليه مارتن وآخرون Marten et al (تحت الطبع) . وعلى أية حال ، ووفقاً لما أشرنا إليه مسبقاً ، فإن مارتن وزملاءه قد لاحظوا أن الأعراض التى وردت فى الدليل الأمريكى الثالث بطبعته المعدلة وهى الأعراض التى ارتبطت بزملات أو تجميعات التنبه أو التيقظ والإحاطة أو الفحص والشد العصبى الحركى ، كانت أكثر الأعراض ثباتاً واستقراراً وكانت أكثر ظهوراً لدى مرضى القلق العام . وطبقاً لهذه النتائج ، فإن الأعراض الستة التى بقيت من هذه الزملات الثلاث فى الدليل الأمريكى – الطبعة الرابعة ، كمحكات لتشخيص القلق العام ما هى جميعاً إلا أعراض ترتبط بزملتين من هذه الزملات الثلاث .

وينبغى أن نكون حذرين عند تكوين هذه التقديرات التى تطلب للتحقق مما إذا كان العرض الذى أقر المريض بمعاناته منه ، عرض يرتبط بالانزعاج الشديد أم أنه يعزى لظرف مشترك (مثال ذلك : هل غالباً ما يعانى المريض من صعوبات التركيز عندما ينزعج لأموره المالية ، أم أن هذا العرض يحدث فقط عندما تهاجمه نوبات الهلع؟) . إن هذه المهمة لا تكون سهلة فى أحيان كثيرة ، خاصة إذا ما ناقشناها على ضوء الأدلة العلمية التى أقرت بوجود معدلات مرتفعة من الأعراض والاضطرابات المرضية المشتركة بين القلق العام واضطرابات القلق والمزاج الأخرى (راجع موراس وآخرون ، ١٩٩٢) . وتشير بيانات دراسة مارتن

وآخرين (تحت الطبع) إلى أن هذه الفروق يمكن أن تكون أيْسَرْ لتكوين تقديرات للأعراض التى بقيت فى الدليل الأمريكى – الطبعة الرابعة ، وهى الأعراض المحكية ، لأن هذه الأعراض يمكن أن يتوفر لها أيضاً صدق تمييز ، على الأقل ، إذا ما قارناها باضطرابات القلق الأخرى التى وردت فى الدليل الأمريكى الثالث – الطبعة المعدلة (راجع : بروان ، أنتونى وبارلو ، ١٩٩٢ ، وهيون – ساريك وآخرون Hoehn-saric ، ١٩٨٩) . ومع ذلك ، وكما هى الحال بالنسبة لأعراض الانزعاج الشديد ، فإن ما يتوفر لدينا من بيانات الآن يعد قليلاً إلى الحد الذى يجعل إمكانية وضع تقديرات للأعراض تميز وتفرق بنجاح بين اضطراب القلق العام واضطراب المزاج أمر لا زال صعباً ، وهذا ما أشار إليه مارتن وزملاؤه ، (تحت الطبع) .

المقابلة العيادية(١) :

يعرض الجدول ٢ –٤ التالى قطاع الأسئلة المتصلة باضطراب القلق العام ضمن المقابلة العيادية المقننة لتشخيص اضطرابات القلق بكل أنواعه ADIS-R وهى المقابلة التى وضعها ديناردو وبارلو (١٩٨٨) . وفيما يتصل بمحكات اضطراب القلق العام التى وردت فى الدليل الأمريكى – الطبعة الرابعة ، فهى لم تكن قد انتهت فى الفترة التى كانت قد انتهت خلالها المراحل النهائية لإعداد هذا الفصل ، ولم تكن قد اكتملت أيضاً عملية مراجعة المقابلة المقننة الخاصة بتشخيص جميع أنواع أمراض القلق ، بحيث تعكس التغييرات التى طرأت على المحكات التشخيصية . وبرغم ذلك ، فإن جميع الاعتبارات التشخيصية التى سنعرضها فيما يلى من صفحات ، والتى تقوم على استخدام المقابلة المعدلة لتشخيص اضطرابات القلق ترتبط واقعياً بتشخيص الدليل الأمريكى – الطبعة الرابعة لاضطراب القلق العام .

لقد أحاط القطاع أو الجزء السابق بقضايا عديدة وصعوبات محتملة يمكن أن يواجهها الطبيب المشخص على مدى محاولاته لتحديد تشخيص لاضطراب القلق العام . أما القضايا التى تتضمنها محكات زملة الانزعاج ، فهى تدور حول ما إذا كان : (١) الانزعاج يكون شديداً ومفرطاً ، (٢) ويكون متكرراً ومنفردا (مثال ذلك : كالانزعاج حول «عدد من الأحداث أو النشاطات») ، (٣) ويدرك الفرد

---

(1) clinical Interview .

الانزعاج على أنه صعوبة لا يستطيع ضبطها والتحكم فيها ، و(٤) إن بؤرة الانزعاج عبارة عن مجالات لا علاقة لها بالمحور الأول الذى يعرض لظروف أخرى . ويساعدنا البند الأول فى المقابلة التى يعرض لها الجدول (١-٤) ، على تحديد مجالات الانزعاج وتزويد الطبيب المشخص بالاستعلام عن الأشياء التى تثير انزعاجات المريض (١أ) وفترات استمرارها أو بقائها (١ب) ، كما يتضمن أسئلة للمتابعة ، إذا كان لك ضرورياً ، بهدف قيادة المريض لتحديد مجال الانزعاج مستقلة عن همومه المرتبطة باضطرابات القلق الأخرى (١أ١) . ويحيطنا البند الثانى علما بوجود الانزعاج المرتبط بموضوعات وأشياء تافهة لأن هذا النمط من الانزعاج من الممكن أن يساعدنا فى وضع تشخيص فارق له علاقة باضطرابات القلق الأخرى (راجع براون وآخرون ،١٩٩٣ ، ديناردو ، ١٩٩١ ، وساندرسون وبارلو ، ١٩٩٠) .

وكان الدليل الأمريكى الثالث ، الطبعة المعدلة ، يعانى من ضعف فى الخطوات الإجرائية لتكوين زملة الانزعاج غير الواقعى أو الانزعاج المفرط مما يتطلب من الطبيب بعض المهارات الخاصة ليستطيع القيام بهذا التحديد . وغالباً ما يتطلب هذا الأمر توجيه بعض الأسئلة مفتوحة النهاية من جانب الطبيب للمريض ، الأمر الذى يشتمل عليه البند الأول من مقابلة التشخيص المعدلة . وينبغى أن يلاحظ أنه لما كان أحد أسئلة هذا البند يسأل المريض «هل تعتقد أنك منزعج بشكل مفرط؟» ، فإن تمييز ما إذا كان الانزعاج مفرطاً أم لا أمر يعتمد على حكم الطبيب أساساً . وتبرز هذه النقطة بصفة خاصة على ضوء الملاحظة العيادية بأن بعض المرضى ربما يدركون انزعاجهم على أنه أمر تكيفى توافقى أو شيئاً محموداً أو بنّاءاً ، ولذا فهو ليس مبالغاً فيه ولا زائداً عن الحد ، حتى برغم ارتباطه بالشد العصبى الواضح وبالتنبه (مثال ذلك ، همومه الزائدة عن الحد بالجوانب المالية فى حياته يدركها المريض على أنها نوع من الضمان أو التأمين مؤداه أن النقود سوف تكون دائماً متاحة لدفع الفواتير أو أى تكاليف غير متوقعة) .

جدول (٢-٤)

قطاع اضطراب القلق العام المنبثق من قائمة مقابلة تشخيص اضطرابات القلق - المعدلة(*)

تستخدم أسئلة هذا الجزء من القائمة لمعرفة مدى وجود الشد العصبى أو القلق الذى ليس له سبب ظاهر ، أو القلق الذى له علاقة بالانزعاج على الأسرة ، وأداء العمل ، والأمور المالية ، ... الخ ، وبكل الموضوعات الهامشية التافهة . ولا يعد هذا الشد العصبى أو القلق جزءاً من ، أو التوقع بأنه جزء من الهلع أو القلق الرهابى (المصحوب بمخاوف مرضية) .

قدّم السؤالين الأول والثانى :

١ - أ - ما أنواع الأشياء التى تزعجك أو تثير انزعاجك ؟ هل تعتقد أنك تنزعج بشكل زائد؟ بإفراط بشكل غير واقعى

إذا ما حدّد المريض القلق أو الشد العصبى على أنه أمر يسبق الهلع أو التعرض لمواقف الرهاب ، مثال ذلك ، أنزعج بسبب خوفى من أن تنتابنى نوبة من نوبات الهلع ؛ أنزعج وقتما أعرف أننى سوف أعبر جسراً ، ، كمصدر أساسى للقلق : أقوم بتوجيه السؤال التالى له :

هل يوجد أشياء أخرى غير ———— تجعلك تشعر بالشد ، والقلق ، والانزعاج ؟

نعم (   )   لا (   )   إذا أجاب بنعم ، إسأله ، ما هى ‹

(*) نقلاً عن : قائمة مقابلة تشخيص اضطرابات القلق - المعدلة (ص ص ٨ - ١٠) التي وضعها ديناردو ، وبارلو (١٩٨٨) ، وأعيد طباعتها بإذن خاص من الناشر الآتي :

Albany. Ny : Graywind Copyright 1988 by Graywind publications .

١ – ب خلال الشهور الستة الماضية ، هل أقلقتك هذه الانزعاجات أياماً كثيرة أكثر من ذى قبل ؟

نعم (   )   لا (   )

٢ – هل أنت دائماً منزعج ؟ وهل تنزعج بشكل حاد لأشياء بسيطة ، من قبيل تأخرك عن موعد ، وعودتك للمنزل أو إصلاح السيارة .. إلخ ؟

نعم (   )   لا (   )

إذا ما تم اكتشاف مجالين من مجالات الانزعاج الشديد ، أو أجاب المريض عن السؤال الثانى بنعم ، استمر : إذا لم تحصل على مقاييس هاملتون للقلق (كاختيار أو كبديل) أو أحد مقاييس اضطراب ما بعد الصدمة .

٣ – وفقاً للمتوسط على طول الشهر الماضى ، ما المدى اليومى أو النسبة المئوية للوقت الذى تقضيه فى حالة من الشد النفسى أو العصبى ، والتوتر أو القلق، والانزعاج ؟

٤ – فى الفترة الأخيرة ، هل شعرت بزيادة فى الشد ، والقلق ، والانزعاج (إلى جانب معاناتك من الهلع أو التعرض لبعض المخاوف) ، وماذا حدث حينئذ ؟ ، وما الذى كنت تفكر فيه ؟ .

متى ______________________

الموقف ______________________

الأفكار ______________________

٥ – منذ متى كان الشد ، والقلق ، والانزعاج يمثل مشكلة لك ؟

من __________ إلى __________

طول المدة بالشهر __________

ملاحظة: إذا جاءت إجابة المريض «على مدى حياتى كلها» ، تعمق أكثر بسؤاله مثلا ، هل تستطيع تذكر تفاصيل هذه الخبرة أيام أن كنت بالمدرسة ؟ ، وفى أى صف كنت ساعتها ؟ .

٦ - إلى أى مدى كان هذا الاضطراب يتدخل فى حياتك ، وفى عملك ، وفى مناشط حياتك الاجتماعية ؛ مع الأسرة مثلا .. الخ ؟

* حدد أثر التدخل :

صفر	١	٢	٣	٤
لم يتدخل نهائياً	تدخل بسيط	تدخل متوسط	تدخل شديد	تدخل لا يطاق

٧ - **تقدير أعراض اضطراب القلق العام**

الأعراض الدائمة نسبياً (ومستمرة على مدى ستة شهور على الأقل) . ليس من بينها الأعراض التى تظهر فقط مع اضطرابات الهلع .

- خلال الشهور الستة الماضية ، هل غالباً كنت متضايق بسبب ـــــ ؟ وإلى أى مدى كان الضيق شديداً ؟

صفر	١	٢	٣	٤
لا شئ	بسيط الشدة	متوسط الشدة	شديداً	شديد جداً ، أو لا يطاق

أ - الشد الحركى (العصبى) .

١ - رعشة شديدة ، ينتفض ، شعور بالانهاك .

٢ - الشد العضلى ، ألم متواصل ، أو الأسى الشديد .

٣ - الأرق والملل .

٤ - يتعب بسهولة .

ب - الإفراط التلقائى فى النشاط .

٥ - قصور فى التنفس أو إحساس بالخمود .

٦ - الخفقان وتسارع دقات القلب بشدة .

٧ - تصبب العرق ، وبرود اليدين .

٨ - جفاف الفم والحلق .

٩ - دوار ودوخة وشعور بخفة الرأس .

١٠ – الغيثان ، والإسهال ، وآلام أخرى فى البطن .

١١ – الشعور بحرارة وحمرة الوجه كالحمى أو الشعور بالقشعريرة الشديدة .

١٢ – كثرة التبول .

١٣ – صعوبة فى البلع وآلام فى الحنجرة .

ج – **التيقظ ، والفحص أو الإحاطة .**

١٤ – يشعر بالإعياء وأنه على حافة الهاوية .

١٥ – شعور بالتهديد مبالغ فيه .

١٦ – مرهقاً ودائم النوم والسكون .

١٧ – صعوبة فى التركيز ، أو تشعر أن ذهنك خالى من المعلومات بسبب القلق .

١٨ – شدة الاستثارة والانفعال .

وينبغى أن تسهل المراجعات التى أجريت لمحكات اضطرابات القلق فى الدليل الأمريكى – الطبعة الرابعة ، هذا التحديد .فلم يعد من الضرورى – مثلاً – أن يحدد الطبيب ما إذا كان انزعاج المريض واقعياً أم تخيلياً ، إذ تشير النتائج إلى أن مؤشرات العجز عن التحكم فى مصادر الانزعاج أو ضبطها والمبالغة فى تقدير آثارها تحقق أعلى معدلات الصدق التمييزى (مثال ذلك ، فالذى لديه أى اهتمام «واقعى» يمكن أن ينزعج بشكل مبالغ فيه بحيث يعجز عن ضبط مصادر الانزعاج والتحكم فيه) . ومع ذلك ، وفقاً لتشخيص الحالات على ضوء محكات الدليل الأمريكى – الطبعة الثالثة المعدلة ، فإن تساؤلات الحالة العديدة الإضافية ربما تساعد الطبيب فى الحكم عما إذا كانت مصادر انزعاج الحالة شديدة ومبالغ فيها أم لا ، وهذا ما تم وضعه كمحكات فى الدليل الأمريكى – الطبعة الرابعة . وبإتباع المنحى القمعى[1] التوليدى الذى استخدمه نلسون وبارلو (١٩٨١) ، نجد أنهما بعد

(1) graduated funnel approach .

طرح مجموعة من الأسئلة العامة مفتوحة النهاية لتحديد مصادر انزعاج المريض وقلقه (البند ١أ من المقابلة السابقة) ، يقومان بتوجيه مجموعة من الأسئلة التفصيلية للتأكد من مضمون الانزعاج ، وشدته وتأثيره على الحالة . وربما يأخذ هذا المنحى شكل التساؤل عما إذا كانت خبرات الانزعاج لدى الحالة تغطى أو تنسحب على كل المناطق والمجالات التى كشفت عنها تقارير مرضى القلق العام الآخرين (مثل أعضاء أسرته ، أو أصدقائه ، أو معاناته المزعجة فى عمله) أو فى تحصيله العلمى ، أو عند مروره بضائقة مالية ، أو السلطة الأسرية ، أو القلق على الصحة ، أو على المستقبل) . وبرغم كل ما سبق ، فإن مريض القلق العام النموذجى ربما لا يكون فى حاجة لتوجيه كل هذه الأسئلة وتذكرته بها ، لأن مرضى القلق العام – فى الغالب – تكون استجاباتهم مؤداها أنهم ينزعجون على «كل شئ» كرد على السؤال الذى يحدد مصادر الانزعاج ومجالاته ، كفرز وتصنيف أولى لها .

أضف إلى ما سبق ، أنه يمكن توجيه العديد من الأسئلة لمتابعة الحالة والمساعدة على تكوين حكم دقيق على الانزعاج الشديد غير القابل للضبط والتحكم فيه ، مثال ذلك :

(١) هل تجد أنه من الصعب عليك إيقاف عملية الانزعاج والقلق هذه ، أو إذا كنت فى حاجة للتركيز على شئ ما ، فهل يكون فى مقدروك عزل واستبعاد الانزعاج بنجاح بعيداً عن عقلك وتفكيرك ؟ .

(٢) إذا ما أردت محاولة التركيز على شئ ما مثل القراءة ، والعمل ، أو مشاهدة التلفاز ، فهل تجد أن مصادر الانزعاج والقلق – غالباً – ما تقتحم عقلك بحيث يصعب عليك التركيز فى هذه الأمور ؟ .

(٣) هل تزعجك بعض الأمور التى تكون على وعى بأنها لا تزعج الآخرين ؟ .

(٤) عندما تكون الأمور على ما يرام ، تظل الأشياء ذاتها مزعجة لك ومقلقة ؟ .

(٥) هل نادراً ما يسبب قلقك وصولك لحل المشكلة التى كانت مصدراً لانزعاجك وقلقك ؟ .

وغالباً ما نكون فى حاجة شديدة للعناية بالتفرقة بين ما إذا كانت مصادر الانزعاج التى حددها المريض تمثل مجالات مستقلة عن السياق الذى يعيش فيه ،

أم أنها مختلطة به وموجودة فى هذا السياق ، ومن ثم فيصبح التشخيص المناسب هو نوعاً آخر من القلق غير اضطراب القلق العام . وكما ذكرنا مسبقاً ، فإن هناك بعض المحكات التشخيصية الأكثر شيوعاً التى برزت فى الآونة الأخيرة وأمكنها التمييز بين الانزعاج المرتبط باضطراب القلق العام وبين : (١) إدراك وفهم نوبات الهلع المخيف من المستقبل ، أو نتائجها المخيفة . (٢) واضطرابات الأفكار الوسواسية القهرية (٣) وإدراك التقويم الاجتماعى السلبى للفرد من قبل الآخرين . ولكن يكون من الصعب تماماً التمييز بين الانزعاج الشديد على الصحة العامة أو الخوف من الإصابة بمرض جسمى ، وبعض جوانب اضطراب التوهم المرضى . ولذا فإن عدداً من أسئلة المتابعة التى وردت فى السؤال ١أ ١ من المقابلة التشخيصية السابقة غالباً ما تكون مرشحة للتوصل لهذا التشخيص الفارق . ومن أهم العوامل فى وضع هذه الفروق هو – بالطبع – إحاطة الفرد وعلمه الشامل البارع بالمحكات التشخيصية لكل الاضطرابات التى تقع على الحدود أو يكون لها مشكلة حدّية من اضطراب القلق العام . وعلى الرغم من الصعوبة الشديدة أحياناً فى تكوين قدر من التأكد يتسم بالثبات والاستقرار (عندما يكشف بعض المرضى بصفة خاصة عن تاريخ طويل ودائم من المعاناة من اضطرابين أو أكثر) من أن النتيجة الراهنة بعد بداية ظهور الأعراض يمكن أن تكون مفيدة لنا بحيث تساعدنا فى تحديد ما إذا كانت مجالات الانزعاج الراهنة (كما هى الحال عند ارتباطها ببعض أعراض الأمراض الجسمية) ، قد ظهرت كاستجابة لاضطراب آخر ليس إلا . وتأسيساً على المحددات التى ذكرناها آنفا ضمن المحكات التشخيصية لاضطراب القلق العام ، فإن المعلومات التى تتصل بالنتيجة الراهنة ، ومدة المرض تعد معلومات مهمة بصفة خاصة لمعرفة علامات اضطراب المزاج الذى يتعايش مع اضطراب القلق العام جنباً إلى جنب .

إن البند السابع فى المقابلة التشخيصية السابقة ، والذى يتبع الجزء المختص بتشخيص اضطراب القلق العام ، يكشف عن مدى وجود ثمانية عشر عرضا من الأعراض المرتبطة به . وبعد تعديل هذه المقابلة التشخيصية اعتماداً على المحكات التشخيصية للقلق العام فى الدليل الأمريكى – الطبعة الرابعة ، انخفضت إلى ستة أعراض فقط . ومن ثم فقد أصبح ضرورياً أن يحدد المريض – على مدى الستة شهور الأخيرة من مرضه – مدى معاناته من ثلاثة أو أكثر من هذه الأعراض الستة باستمرار أكثر من مسألة كونها مرتبطة بانزعاجه أم غير

مرتبطة. إن مهمة إحراز هذه التقديرات أثناء إجراء المقابلة الإكلينيكية تعد مهمة أساسية ومباشرة . ومع ذلك ، ينبغى أن نعتنى تماماً بحيث نضمن أن الأعراض التى حددناها تتسم بأنها (١) قد حدثت فعلاً فى الستة شهور الأخيرة وعانى منها المريض (كأعراض مستقرة ودائمة) و (٢) لم تحدث باستمرار كأعراض لمرض آخر (أى كأعراض ناجمة عن نوبات لاضطراب الهلع ، أو للقلق الاجتماعى العام ، أو كنتيجة لتعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب) .

فى كثير من مواطن العمل العيادى ، لا يكون استخدام قوائم المقابلات الشاملة ، مثل قائمة المقابلة التشخيصية السابقة ، استخداماً عملياً . ومع ذلك ، فإن الأطباء قد يحتاجون لمراجعة بعض التشخيصات الأخرى لفرزها ، ومن ثم فقد يستخدمون بدائل من مثل هذه المقابلات الشاملة ، ليوفرون فرصا أفضل لمرضى اضطراب القلق العام بحيث يكفلون لهم تشخيصاً دقيقاً لمرضهم الذى يعانون منه . أضف إلى ما سبق – فيما يراه براون وبارلو (١٩٩٢) – أنه على الرغم من ندرة البيانات المتصلة بهذه القضية حتى اليوم ، فإن توفر العديد من الظروف المرضية المتشابهة يمارس تأثير شديداً على استجابة المرضى للعلاج . ولذا ، ينبغى أن نحصل على تاريخ طبى مختصر لكل حالة ، لتحديد ما إذا كانت الظروف الطبية الراهنة أو السابقة (أو العلاجات الطبية عموماً) ، لها دور – أو حتى تكون مسئولة عن – نشأة الأعراض التى يفصح عنها المريض عند فحصه عيادياً (مثال ذلك ، الإفراط فى إفراز هرمون الغدة الدرقية المعروف بأسم الثيروكسين أو الزملة المشتركة للأعراض الفكية المؤقتة[1]) . وينبغى أن يشجع المرضى – فى الغالب – على الخضوع للفحوص الجسمية الطبية إذا كان قد مرّ على آخر فحص جسمى لهم ما يزيد على العامين . كذلك ، ينبغى تقييم الآثار النفسية الناجمة عن أنماط المسكرات وتعاطى المخدرات ، لأن هذه المواد المؤثرة فى الأعصاب إذا تم تعاطيها وفق جرعات متزايدة ، ينتج عنها أعراضٌ شبيهة إلى حد كبير بأعراض اضطرابات القلق العام فضلاً عن أعراض القلق الأخرى (راجع شامبليس Chambless ، وتشيرنى Cherney ، وكابوتو Caputo ، وراينشتاين Rheinstein، ١٩٨٧) .

---

(1) Temporomanoilular joint syndrome ,

الاستخبارات :

إن تطبيق مجموعة متنوعة من الاستخبارات التى تقوم على التقرير الذاتى، يمثل جانباً مفيداً للعملية العيادية ، على ضوء كل من المساعدة فى العملية التشخيصية المبدئية والتقدير العيادى الذى يتكرر على فترات متباعدة أثناء تقديم العلاج لتقويم مدى تقدم المريض نحو الشفاء أو التحسن . ونحن نطبق فى عيادتنا بشكل معتاد بطارية من الاستخبارات كجزء من التقويم المبدئي للالتحاق بالعيادة . ولقد اخترنا هذه الاستخبارات لتقدير معدل وجود الملامح والأعراض الأساسية التى يطرحها الدليل الأمريكى الثالث المعدل لاضطرابات القلق والمزاج (مثال ذلك، الحساسية للقلق ، والقلق الاجتماعى ، والوسواس ، والأفكار الحوازية ، والانزعاج ، وتجنب المخاوف ، والمستويات الراهنة من الاكتئاب والقلق) . وعلى الرغم من أن هذه البطارية الشاملة يتم تطبيقها لتحقيق بعض أغراض البحث العلمى ولو جزئياً ، فإننا قد انتقينا استخباراً لتقدير أبعاد عديدة من الاضطرابات المزاجية التى يكون لها نفع شديد فى الأعمال والأهداف العيادية . فعلى سبيل المثال ، تعكس نتائج الأداء على هذه الاستخبارات ألوان التفاقم فى أبعاد القلق والاكتئاب أو المزاج ، فضلاً عن التفاقم فى بعض الأبعاد التى تشكل فى مجموعها شكوى المريض الأساسية التى قد يكون لها نتائج وتضمينات مهمة فى كيفية تقديم برامج العلاج المناسبة (راجع ، براون وبارلو ، ١٩٩٢) . ويعد ذلك أمراً حقيقياً بالنسبة لعلاج اضطرابات القلق العام بصفة خاصة ، وهى الاضطرابات التى غالباً ما يصاحبها حدوث متكرر لاضطرابات أخرى ، مثل اضطراب الهلع ، والمخاوف الاجتماعية (موراس وآخرون Moras et al ، ١٩٩٢) .

ولقد ناقشنا فى هذا الفصل عدداً قليلا من هذه المقاييس التى وجدنا أن لها فائدة فى تقدير اضطرابات القلق العام بصفة خاصة . ولقد عرضنا مسبقاً لاستخبار جامعة ولاية بن للانزعاج كمقياسٍ يتم استخدامه بشكل متكرر فى أعمالنا مع مرضى القلق العام . وقد قام بتطويره بوركوفيتشن وزملاؤه فى جامعة ولاية بن ليتناسب والحاجة لتطبيقه بسهولة ، وهو مقياس صادق لسمة الانزعاج . ووفقاً لهذا المقياس الذى يتكون من ١٦ بندا فقط ، فإنه يمكن تطبيقه بشكل مريح على كل المرضى حقاً (ويتراوح مدى الدرجات عليه من ١٦ درجة إلى ٨٠ درجة) . ولقد وجد هؤلاء الباحثون عند تقديمهم هذا المقياس لأول مرة من خلال دراسة استطلاعية له ، وجدوا أن له ثباتاً ذا اتساق داخلى مرتفع وثباتاً مرتفعاً عبر

الزمن وصدق تقديرى وتمييزى معقول ، ولا يرتبط بالمرغوبية الاجتماعية (كيير وزملاؤه ، ١٩٩٠) . وفى دراسة أجريناها فى عيادتنا على عينة ضخمة من مرضى اضطراب القلق (ن = ٤٣٦ مريضا) و٣٢ كعينة ضابطة لأفراد لا يعانون من القلق ، (براون وأنتونى وبارلو ، ١٩٩٢) توصلنا للنتائج التى توصل إليها ماير وزملاؤه مسبقا (١٩٩٠) ، وانتهت دراستنا إلى أن هذا الاستخبار له خصائص سيكومترية معقولة . وكانت إحدى أهم النتائج المشجعة فى هذه الدراسة ، أن الدرجات على هذا الاستخبار ميزت بين مرضى القلق العام (ن = ٥٠ مريضاً) ومجموعات اضطرابات أنواع القلق الأخرى ، بما فيهم مجموعة من مرضى اضطراب الوسواس القهرى . وكان متوسط القلق العام عند الأداء على هذا الاستخبار هو ٦٨,١١ (بانحراف معيارى ٩,٥٩) ؛ وكانت المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعات المرضية الأخرى على التوالى كالآتى : اضطراب الهلع المصحوب بالرهاب من الخلاء أو الأماكن الواسعة هو ٥٨,٣٠ (±١٣,٦٥) ، والمخاوف الاجتماعية = ٥٣,٩٩ (± ١٥,٠٥) ، واضطراب الوسواس القهرى = ٦٠,٨٤ (±١٤,٥٥) ، والمجموعة الضابطة = ٣٤,٩٠ (± ١٠,٩٨) .

وعلى الرغم من أن هذا المقياس قد يكون أقل شهره من مقاييس أخرى من نوعه ، فإن هناك مقاييس أخرى قد أثبتت جدارة فى عملنا العيادى مع مرضى اضطراب القلق العام ، هذه المقاييس هى مقاييس الاكتئاب والقلق والانعصاب أو المشقة (DASS) (لوفيبوند ولوفيبوند ، ١٩٩٢) . وهى تعد البديل الراهن لاستخبار التحليل الذاتى (SAD) . لوفيبوند ، ١٩٨٣) ، الذى ذكرناه مسبقاً فى أول هذا الفصل عند مراجعتنا للدراسات السابقة فى هذا المجال . ويتكون هذا الاستخبار من ٤٢ بنداً تنقسم فيما بينها إلى ثلاثة مقاييس فرعية متمايزة سيكومتريا بحيث تعكس الأعراض الراهنة للقلق العام التى لم يمر عليها سوى أسبوع واحد . ونجد من بين هذه المقاييس الثلاثة مقياسا واحداً للمشقة (وهو تطوير لمقياس الشد فى استخبار التحليل الذاتى السابق) هو الذى يمكن أن يساعدنا فى تقدير اضطراب القلق العام . فمثلا قد استطاع هذا المقياس ، فى دراسة براون وأنتونى وبارلو (١٩٩٢) ، أن يميز أداء مرضى اضطراب القلق العام عن أداء كل مجموعة من مجموعات اضطرابات القلق التى أوردها الدليل الأمريكى الثالث المعدل ، باستثناء أداء مرضى اضطراب الوسواس القهرى . وطبقاً للأعراض التى كشفت عنها مقاييسه الفرعية (مثل الاستخبارات والتقديرات العيادية للقلق

والاكتئاب ، والمشقة/الشد) وحساب الارتباطات فيما بينها وبين بعضها بعضاً فى هذه الدراسة ، ارتبطت فقط درجة مقياس الشد من استخبار التحليل الذاتى جوهرياً بالدرجة على استخبار الانزعاج لجامعة ولاية بن لدى مجموعة مرضى اضطراب القلق العام . لاحظ أننا قد أشرنا مسبقاً إلى أن هذه النتيجة تتفق والبيانات الأساسية الأخرى التى تفترض أن أعراض الشد الدائمة (مثل الإستثارة الذاتية) ربما تتسم بالصدق التمييزى الذى تتسم به مقاييس اضطراب القلق العام .

المراقبة الذاتية(١) :

إن المراقبة الذاتية ، كما سيتضح فيما بعد فى هذا الفصل ، تعد جزءاً تكميلياً لبرنامجنا العلاجى لاضطراب القلق العام . فعندما يتم تدريب المريض أو الحالة على الاستعمال الأمثل وتكملة نماذج المراقبة الذاتية ، فإن البيانات التى نحصل عليها من هذه الطريقة من طرق التقدير العيادى يمكن أن تصبح من بين أفضل المعلومات قيمة من حيث استخدام المعالج لها فى وضع وتقويم برنامج العلاج الملائم . ومن بين الأسباب التى تكشف أهمية طريقة المراقبة الذاتية للحالة نعرض لما يلى :(١) لكى نحدد استجابة المريض للعلاج عن طريق حصولنا على معلومات دقيقة عن المتغيرات العيادية المرتبطة بالعلاج . (من قبيل : المستويات اليومية للقلق ، والاكتئاب ، والشعور الإيجابى ، وكمية الوقت الذى ينقضى مع الانزعاج) ، (٢) وللمساعدة فى إحراز التحليل لقلق المريض الذى يحدث بطريقة طبيعية ونوبات الانزعاج (من قبيل : العوامل الموقفية أو العوامل المهيئة ، وطبيعة الإدراكات والمعارف والأفكار الناتجة عن القلق ، والمناهج أو ضروب السلوك المسئولة عن تخفيض معدلات الانزعاج أو القلق) . و(٣) ولتقدير التكامل والمطاوعة وتنفيذ الواجبات المنزلية المطلوبة فيما بين الجلسات . وكمثال لإحدى الصيغ التى نرى أنها ملائمة للاستخدام فى علاج حالات اضطراب القلق العام ، تلك الصيغة التى يعرضها الجدول ٢-٤ .

ومنذ اللحظة الأولى التى يبدأ فيها العلاج ، نقوم بتقديم نموذج المراقبة الذاتية لتدريب الحالة عليه ، وذلك لأنه يمثل جزءاً أساسياً من عملية العلاج . ولإزكاء روح الواقعية التعاونية ، وفقاً لما ذكره يونج وبيك واينبرجر فى الفصل السادس من هذا المجلد ، تحاط الحالة علماً - سواء أكانت ذكرا أم أنثى - بأنها

(1) Self - Monitoring .

والمعالج سيعملان معا منذ اللحظة الأولى للتوصل للفهم الدقيق للعوامل التى سببت حدوث القلق والشد والانزعاج لها بشكل طبيعي . وطبقاً لذلك ، فتعرض على الحالة طريقة المراقبة الذاتية بأنها واحدة من أفضل طرق الحصول على أدق المعلومات التى تدور حول هذه العمليات ، لأنه إذا ما اعتمد كل من المعالج والحالة على الاستدعاء الاسترجاعي لتاريخ الأعراض التى تعانى منها الحالة ، فإن كثيراً من المعلومات المهمة يمكن أن يفقد أو يشوه .

ونقدم هذه النماذج للمراقبة الذاتية للحالة بهدف التحديد المبدئى لنمط المعلومات التى سنحاول جمعها (مثل : مساعدة الحالة لتمييز القلق عن الاكتئاب) . وبمجرد أن يتم شرح النموذج وتوضيحه بدقة ، فغالباً ما نقوم بعدها بمساعدة الحالة فى توليد عينة من عينات تدوين الواجبات المنزلية على مدى يوم كامل أو تدوين نوبة قلق راهنة/انزعاج ، معتمدين على نمط النموذج الذى قمنا بتقديمه لها . وتعد هذه الخطوة مهمة عندما نقدم نماذج المراقبة الذاتية للحالة لأول مرة ، ولكنها أيضاً تساعدنا فى تكرار المراقبة على فترات متباعدة أثناء العلاج لتمنع الانحراف عن أهداف العلاج .

عرض العلاج وخطواته :

إن خطة علاجنا لاضطراب القلق العام تستغرق فى المتوسط من ١٢ –١٥ ساعة على مدى الجلسات التى تعقد أسبوعيا بشكل نمطى ، على أن تعقد الجلستان الأخيرتان من العلاج كل أسبوعين أو كل نصف شهر . ووفقاً لما ذكرناه من أسباب مسبقاً ، فإنه على الرغم من أن علاجات اضطراب القلق العام قد كانت فعالة ومؤثرة عند تقديمها بصيغة جمعية لمجموعات صغيرة من المرضى (راجع الجزء السابق عن دراسات نتائج العلاج) ، فإنه حتى هذه المرحلة من تطوير خطة علاجنا لاضطراب القلق العام ، نحن نفضل الصيغة التى تقدم لكل حالة مرضية منفردة على حدة .

ووفقاً لما نقدمه الآن (راجع كراسك وآخرون ، ١٩٩٢) ، فإن خطتنا لعلاج اضطراب القلق العام ذات عناصر عديدة تنصب على كل جانب من الجوانب الثلاثة للقلق : (١) **الجانب الفيزيولوجى – للتدريب على الاسترخاء العضلى** ، (٢) والبناء المعرفى وإعادة تكوينه على نحو إيجابى ، و(٣) الوقاية السلوكية من الانزعاج السلوكى ، وحل المشكلات ، وإدارة الوقت . إن جوهر خطة علاجنا

الجديد لاضطراب القلق العام هو التعرض للانزعاج ، الأمر الذى يتم التركيز عليه بحيث يقضى المريض فترة محددة من زمن العلاج يومياً (فى حدود الساعة) لمعالجة محتوى انزعاجاته .

الاسم كلير ، ت

قبل أن تذهبى للنوم كل مساء ، نرجو أن تقومى بعمل التقديرات الآتية ، مستخدمة المقياس التالى :

(١) مستواك المتوسط من القلق (أرجو أن تأخذى فى حسابك الاهتمام بكل الأشياء) .

(٢) مستواك الشديد من القلق الذى شعرت به اليوم .

(٣) مستواك المتوسط من الاكتئاب .

(٤) مستواك المتوسط من السرور .

(٥) النسبة المئوية لليوم الذى شعرت فيه بالانزعاج ، مستخدمة المعدل من صفر – ١٠٠ ٪ حيث يعنى الصفر عدم وجود أى انزعاج على الإطلاق ، وتعنى الدرجة ١٠٠ المعاناة طوال اليوم من الانزعاج .

مستوى القلق/ الاكتئاب/ مشاعر السرور

صفر	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨
لا يوجد إطلاقاً		خفيف		معتدل		كثيراً		بأشد ما يمكنك تخيله

التاريخ	قلق متوسط	قلق شديد	اكتئاب متوسط	سرور متوسط	النسبة المئوية لأوقات الانزعاج
٩/١٧	٤	٦	٤	٢	٦٠٪
٩/١٨	٥	٥	٤	٣	٦٠٪
٩/١٩	٤	٥	٣	٣	٦٥٪
٩/٢٠	٦	٦	٤	٢	٧٥٪
٩/٢١	٦	٨	٥	١	٨٠٪
٩/٢٢	٧	٨	٥	١	٩٠٪
٩/٢٣	٥	٧	٤	٢	٧٥٪

وعلى حين تتوفر بعض الأدلة التى تشير إلى احتمال مؤداه أن العلاجات النفسية متعددة المكونات ، ربما تؤدى إلى أو ينتج عنها – فى الحقيقة – أثر ضعيف قد يرجع إلى تخفيف حدة عناصرها العلاجية الأساسية (بارلو وزملاؤه ، ١٩٩٢) ، فإنه علينا أن نحتفظ بهذا النوع من العلاج متعدد العناصر ، لمجموعة من الأسباب (منها ، وجود أدلة علمية مسبقة تشير إلى النجاح المحدود للعلاجات ذات المكون الواحد أو العلاجات أحادية المكوّن ، والأسس النظرية التى وضعها الدليل الأمريكى الرابع لاضطراب القلق العام من حيث أنه اضطراب نفسى متعدد الأبعاد) . كذلك ، نجد أنه لما كان تخفيف الأثر يمكنه بالتأكيد تعليل أو تفسير قلة النتائج التى رصدت ضعف كفاءة العلاجات متعددة المكونات ، فإن هذا العامل ربما لا يكون له أية أهمية ما دمنا سنقوم بتقديم علاجات متعددة العناصر فى المواقف العيادية دون تدخل من القيود المنهجية والزمنية التى تعد جزءً أساسياً من أجزاء دراسات تقييم نتائج العلاج المضبوطة .

عملية العلاج :

الجلسات المبدئية :

يمدنا الجدول ٣ –٤ بإطار عام لبرنامج علاج اضطراب القلق العام متعدد المكونات . **وتعد الجلسات المبدئية من أهم الجلسات على الإطلاق لأنها تمدنا** بأساس العمل العلاجي وتضع لنا صورة دقيقة وتفصيلية لما يجب علينا عمله واتباعه أثناء تنفيذ البرنامج العلاجى . ويجب أن تتضمن الجلستان الأوليان

العناصر التالية : (١) وصف لتوقعات الحالة وتوقعات المعالج ، (٢) ووصف لعناصر القلق الثلاثة (الفيزيولوجية ، والمعرفية ، والسلوكية) ، وتطبيق النموذج النظرى ثلاثى الأنساق على الأعراض النفسية التى تبد يها الحالة (مثل ، مناقشة أعراض القلق الجسمية التى تشكو منها الحالة ، ومحتوى الانزعاج ، وسلوكات الانزعاج) ، (٣) ومناقشة طبيعة القلق (التى منها القلق التوافقى وغير التوافقى ، والأعراض الطبيعية غير المرضية) ، (٤) ووصف منطق العلاج ومكوناته ، (٥) وتعليمات استخدام نماذج المراقبة الذاتية .

إن حضور الجلسات بشكل منتظم ومتابعة القيام بكل الواجبات المنزلية التى يقدمها المعالج للحالة بين الجلسات أمر ينبغى التأكيد عليه لأنه فى غاية الأهمية بل ويمثل جوهر علاج القلق والاكتئاب . ويقدم المعالج للمرضى فكرة عامة لما يتوقعونه على ضوء استجابتهم للعلاج فيما يلى من أسابيع (مثال ذلك ، إن التحسن لا يحدث بشكل سريع ومباشر ، ومن المحتمل أن تحدث زيادة مبدئية بسبب تخوف الحالات من طبيعة العلاج ، ولكن سرعان ما تنقص وتزول) .

جدول (٣ - ٤) يعرض

لإطار خطة علاج اضطراب القلق العام

الجلسة الأولى :

* تحصل الحالة على وصف القلق والانزعاج .
* يحيط المعالج الحالة علماً بطبيعة القلق والانزعاج .
* يصف لها نموذج القلق النظرى ثلاثى الأنساق .
* يزودها بعرض للعلاج (من قبيل عرض أهمية المراقبة الذاتية ، والواجبات المنزلية ، والحضور المنتظم) .
* يزودها بمنطق العلاج .
* يحدد لها الواجب المنزلى ، الذى تعكسه عمليات المراقبة الذاتية .

الجلسة الثانية :

* مراجعة عمليات المراقبة الذاتية .
* مراجعة طبيعة القلق ، والنموذج النظرى ثلاثى الأنساق .

* مناقشة المكون الفسيولوجى للقلق .
* مناقشة العوامل التى تسبب استمرار المعاناة من اضطراب القلق العام .
* تحديد الواجب المنزلى : وتعكسه عمليات المراقبة الذاتية .

الجلسة الثالثة :

* مراجعة نماذج المراقبة الذاتية .
* مناقشة منطق المجموعات العضلية الست عشرة التى تخضع للاسترخاء العضلى العميق .
* ممارسة تمرين الاسترخاء خلال الجلسة مع الاستعانة بشريط تسجيل عند ممارسته فى المنزل .
* تحديد الواجب المنزلى : مراقبة ذاتية ، وتمارين الاسترخاء العضلى .

الجلسة الرابعة :

* مراجعة نماذج المراقبة الذاتية ، وممارسة تمارين الاسترخاء .
* ممارسة الاسترخاء العضلى للمجموعات العضلية الست عشرة وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء .
* تعريف الحالة بدور المعارف والإدراكات فى استمرار القلق (مثل التحدث عن طبيعة الأفكار الآلية ، مع ضرب أمثلة مما تذكره الحالة) .
* وصف وحساب احتمالات صدور معارف وإدراكات وأفكار الحالة المبالغ فيها .
* تعريف الحالة بصيغة المراقبة المعرفية لأفكارها .
* تحديد الواجب المنزلى : مراقبة ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، ومقاومة الأفكار) ، وتمارين الاسترخاء .

الجلسة الخامسة :

* مراجعة : للمراقبة الذاتية ، ونتائج ممارسة الاسترخاء ، ومقاومة احتمالات المبالغة فى التقدير .
* درِّب ثمانى مجموعات عضلية وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء .

* صف المعارف والإدراكات المأساوية وكيفية مقاومتها .

* حدد الواجب المنزلى : مراقبة ذاتية (للقلق ، والمراقبة المعرفية ، وطرق مقاومتها) ، وتمارين الاسترخاء .

الجلسة السادسة :

* مراجعة : مراقبة ذاتية ، نتائج تمارين الاسترخاء ، ومقاومة الأفكار السلبية (احتمالات المبالغة فيها ، وتقليل أثر الانزعاجات بوضعها فى حجمها الحقيقى) .

* درِّب ثمانى مجموعات عضلية وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء ، وقدِّم تعميماً للممارسة .

* راجع ضروب وأنواع المعارف المسببة للقلق وطرق مقاومتها .

* حدد الواجب المنزلى : مراقبة ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، ومقاومة مضادة) ، وتمارين الاسترخاء .

الجلسة السابعة :

* مراجعة : مراقبة ذاتية ، ونتائج ممارسة الاسترخاء ، والمقاومة المضادة للأفكار السلبية .

* درِّب أربع مجموعات عضلية على الاسترخاء العضلى العميق .

* عرِّف الحالة بكيفية التعرض وتصور الانزعاج (كالتدريب على التخيل ، وترتيب مجالات الانزعاج ومصادره ، وذلك خلال جلسة للتدريب على تخيل مصادر الانزعاج ومجالاته) .

* حدد الواجب المنزلى : مراقبة ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، وطرق مواجهة الأفكار السلبية ومقاومتها) ، وممارسة تمارين الاسترخاء ، والتعرض لمصادر الانزعاج يومياً .

الجلسة الثامنة :

* مراجعة : مراقبة ذاتية ، ونتائج ممارسة الاسترخاء ، والمواجهة والمقاومة المعرفية ، وتمارين التعرض للانزعاج .

* عرِّف الحالة بكيفية الاسترخاء باستحضاره ذهنياً (وليس من خلال الممارسة البدنية الفعلية) .

* راجع منطق التعرض للانزعاج .

* درِّب الحالة على التعرض للانزعاج خلال الجلسة .

* حدد الواجب المنزلى : مراقبة ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، ومقاومة للأفكار السلبية) ، وتمارين تعرض للانزعاج ، واستحضار الاسترخاء ذهنياً .

الجلسة التاسعة :

* مراجعة : مراقبة ذاتية ، ومقاومة مضادة معرفية ، والتعرض للانزعاج، واستحضار الاسترخاء ذهنياً .

* مارس الاسترخاء ذهنياً .

* عرِّف الحالة كيفية الوقاية من سلوك الانزعاج (مثال ذلك ، المنطق ، وتوليد قائمة من سلوكات الانزعاج ، وتطوير تمارين ممارسات الوقاية السلوكية) .

* حدد الواجب المنزلى : مراقبة ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، ومقاومة للأفكار السلبية) ، وتعرض للانزعاج ، والوقاية السلوكية من الانزعاج ، واستحضار الاسترخاء ذهنياً .

الجلسة العاشرة :

* مراجعة : مراقبة ذاتية ، ومقاومة معرفية ، وتعرض للانزعاج ، ووقاية سلوكية من الانزعاج ، واستحضار الاسترخاء ذهنياً .

* عرِّف الحالة كيفية الاسترخاء والتحكم فيه وضبطه بهادية من الهاديات.

* حدد الواجب المنزلى : مراقبة ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، ومقاومة) ، وتعرض للانزعاج ، ووقاية سلوكية من الانزعاج ، واسترخاء وفق هادية تضبطه.

الجلسة الحادية عشرة :

* مراجعة : مراقبة ذاتية ، ومقاومة معرفية ، وتعرض للانزعاج ، ووقاية سلوكية ضد الانزعاج ، واسترخاء بإشارة أو بهادية .
* مارس الاسترخاء الموجه بهادية .
* عرّف الحالة بكيفية إدارة الوقت ، وحل المشكلات .
* حدد الواجب المنزلى : **مراقبة** ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، ومقاومة) ، وتعرض للانزعاج ، ووقاية سلوكية ضد الانزعاج ، واسترخاء موجه بهادية .

الجلسة الثانية عشرة :

* مراجعة : مراقبة ذاتية ، ومقاومة معرفية ، وتعرض للانزعاج ، ووقاية سلوكية ضد الانزعاج واسترخاء موجه بهادية .
* عمّم أساليب الاسترخاء .
* مارس إدارة الوقت ، وحل المشكلات .
* حدد الواجب المنزلى : مراقبة ذاتية (قلق ، ومراقبة معرفية ، ومقاومة) ، وتعرض للانزعاج ، ووقاية سلوكية ضد الانزعاج ، واسترخاء موجه بهادية ، وإدارة الوقت ، وممارسة حل المشكلات .

الجلسة الثالثة عشرة :

* مراجعة : مراقبة ذاتية ، ومقاومة معرفية ، وتعرض للانزعاج ، ووقاية سلوكية ضد الانزعاج واسترخاء موجه بهادية ، وإدارة الوقت وممارسة حل المشكلات .
* مارس الاسترخاء الموجه بهادية .
* راجع المهارات والأساليب .

ناقش طرق التطبيق المستمر لكل الأساليب التى يشتمل عليها برنامج علاج اضطراب القلق العام .

انتبه : تم تعديل هذا البرنامج العلاجى من البرنامج الذى نشره كوت Cote وبارلو (١٩٩٢) .

العلاج المعرفي :

يمثل العلاج المعرفى أحد مكونات علاجنا الخاص باضطرابات القلق العام . ويتسق المكون المعرفى فى برنامجنا العلاجى ، من وجوه عديدة ، مع الإجراءات العلاجية المعرفية التى وضعها بك Beck وإمرى Emery (١٩٨٥) . وفى بداية العلاج ، تزود الحالة بعرض واف لطبيعة المعارف والإدراكات المسببة للقلق (من قبيل ، مفهوم الأفكار الآلية ، وطبيعة المواقف النوعية للتنبؤات المقلقة ، والأسباب التى تقف خلف المعارف المهلهلة المسئولة عن استمرار القلق بدون توقف عبر الزمن) ولأن جزءاً من المقدمة تنصب على الأسس والمعتقدات التى يتصدى لها العلاج المعرفى ، فإن عناية خاصة توجه للحالة بحيث نضمن أنها قد فهمت أن هذا النوع من العلاج يتم استخدامه مع القلق غير المناسب وغير التوافقى ، وأن تأويلات الشخص للمواقف وإدراكه لها ، وليست المواقف الطبيعية فى حد ذاتها ، هى السبب أو هى المسئولة عن الخبرات الوجدانية والمزاجية السلبية كاستجابة لهذا الموقف . ولذلك ، فإنه من خلال المواقف التى يعرضها المعالج ، مثلها فى ذلك مثل المواقف التى يوردها المريض ويعيد عرضها عليه المعالج بطريقة مغرية ، تتشكل الخطوة الأولى من خطوات العلاج المعرفى بل وأهم خطواته على الإطلاق، لأنها تساعد المرضى فى إدراك أنهم لابد أن يكونوا قادرين على تحديد التفسيرات والتنبؤات المحددة التى يتوصلون إليها بأنفسهم لكى يكونوا فى مكان ومكانة تمكنهم من إيقاف هذه الإدراكات والمعارف والأفكار السلبية بشكل مؤثر وفعال .

ووفقاً لما يقوم به بك وإمرى (١٩٨٥) ، نحن نباشر مهمة تحديد الأفكار الآلية عن طريق مجموعة متباينة من الأساليب وخلال الجلسة العلاجية ، يمكن أن تتضمن استخداماً لأحد هذه الأساليب أو كلها جميعاً ، وهى كما يلى : أسلوب تساؤلات المعالج (مثال ذلك : ما الذى حدث فى هذا الموقف بحيث جعلك مشدوداً عصبياً ومتوتراً ؟) ؛ وأسلوب التصور أو التخيل العقلى (كأن تطلب من الحالة أن تتخيل الموقف بكل تفاصيله كوسيلة لتزويدنا بمزيد من الهاديات الإضافية من أجل استرجاع الأفكار الآلية التى حدثت فى هذا الموقف) ؛ ولعب الأدوار . ومع بداية أول جلسة من جلسات العلاج المعرفى ، يتم تدريب المرضى على استخدام جداول المراقبة الذاتية المعرفية للأفكار (راجع الشكل ٢ -٤ التالى) ليعرفون مستقبلاً أو فيما بعد كيف يراقبون أنفسهم وأفكارهم ، ويسجلون أفكارهم المتصلة بالقلق . وكما لاحظنا آنفاً ، فإن المشكلة التى يعانى منها كلا من المرضى

والمعالجين فى هذا الصدد مؤداها ، أن عملية استنباط المعارف والإدراكات والأفكار التى تسبب القلق قد تكون عملية مجهضة أو زائفة وغير واقعية إلى حد كبير (مثال ذلك : اقتصار عملية التساؤل على جزء واحد من الحياة الفكرية والمعرفية للمريض بحيث لا تغطى كل الأفكار المسببة لقلقه ، ويحدث كل ذلك بشكل فج وقبل تحديد الأفكار المسئولة بشكل أساسى عن إثارة هذه المشاعر والعواطف السلبية) .

أضف إلى ما سبق ، أن المعالج غالباً ما يكون فى حاجة لمساعدة المرضى له على تحديد الأوقات الملائمة لإحداث تدخلات وتعديلات على صيغة المراقبة الذاتية المعرفية وجداولها . فمثلاً إن أحد الاقتراحات التى نعرضها على المرضى فى هذا الموضوع هو استخدام أى زيادة فى مستوى قلقهم كعلامة لضرورة تطبيق المراقبة الذاتية (كأن يذكر المريض أن مستوى قلقه قد زاد من درجتين إلى ست درجات فى الآونة الأخيرة ، فما الذى يمكننى التفكير فيه لكى أعرف سبب هذه الزيادة ؟) . (وتعد التقلبات المزاجية التى تطرأ على المريض ويلاحظها المعالج من أفضل الفرص لمساعدة المريض فى استنباط عدد من الأفكار الآلية) .

الأسم/ كلير ت .

الحدث المثير	الفكرة الآلية أو التلقائية	مستوى القلق من (صفر–٨)	درجة الاحتمالية (صفر–١٠٠٪)	مؤشر البدائل المحتملة من الأفكار التلقائية	الاحتمالات الواقعية في هذه الأفكار (صفر–١٠٠٪)	مستوى القلق من (صفر–٨)
اليوم مباراة فى كرة القدم للفريق الذى يلعب له أبنى	إنه ربما يصاب بأذى أو ربما يحدث له شلل	٦	٪ ٧٥	ربما يحدث له التواء فقط فى كاحل قدمه ، وربما لا يحدث له أي أذى ، وربما يكون نوع من الأذى الخفيف ، وربما يكون لاعباً ممتازاً وقوى الشكيمة ، مثل والده، وربما لا يلحق به أذى شديداً	٪١٠	٣

شكل (٢–٤) جدول المراقبة الذاتية المعرفية (تدوين لمستوى الانزعاج والقلق)

وفيما يتصل بمشكلة تحديد الأفكار الآلية التى تكون مسئولة بصفة أساسية عن حدوث نوبات القلق لدى المرضى ، فنحن نشجعهم على تحديد ما إذا كانت الأفكار التى طرحوها مسبقاً يمكن أن تكون محكاً يمكن الاعتماد عليه لصدور الانفعالات والمشاعر ذاتها لدى أى إنسان آخر إذا ما قدّم التفسيرات ذاتها لما حدث فى الموقف نفسه . إن هذا أيضاً دليل مهم للمعالجين للتقيد به عند حثهم المرضى على تحديد هوية أفكارهم الآلية أثناء الجلسات العلاجية .

بعد أن عرضنا لمسألة طبيعة الأفكار المسببة للقلق وطرق تحديد هذه الأفكار ، يحدد المعالج نمطين من التشويهات المعرفية المتضمنة فى حالة القلق الشديد ، هما : (١) المبالغة الشديدة فى المعاناة ، و (٢) والتفكير المأساوى . ويمكن تحديد الأفكار التى ينتج عنها مبالغة فى تقدير آثارها السلبية على أنها الأفكار التى تحيط بحدث سلبى يمكن للمريض أن يتصور وقوعه باحتمالات عالية (وهو الحدث الذى لا يمكن تصديق احتمالات حدوثه واقعياً) . مثال ذلك ، المريض الذى يقلق من إمكانية إنهاء عقده أو تسريحه من وظيفته أو عمله ، فعلى الرغم من كونه لا يمكن التفريط فيه بسبب إنتاجه الممتاز فيه ، فإنه للأسف ربما يستسلم لهذه الفكرة الخاطئة مما يجعله يبالغ فى التنبؤ بفقدان عمله ومهنته ووظيفته بشدة . وبعد إمداد المريض بكل هذه الأمثلة الشارحة لنماذج من الأفكار التى نبالغ فى تقدير آثارها السلبية ، يصف المعالج بعض الأسباب التى تقف خلف استمرار مثل هذه الأنماط من الأفكار لفترة طويلة حتى على الرغم من تكرار إثبات عدم صحتها (كالاعتقاد بأن الحظ أمر بعيد المنال ، والاعتقاد بأن الانزعاج وما يرتبط به من سلوكات سنظل نعانى منه ولن نستطيع توقى حدوثه ، والميل الشخصى للتركيز على الآثار السلبية للأحداث عادة دون فحص للبدائل الأخرى) .

ويتم تحديد التفكير المأساوى بأنه ميل لإدراك حدث ما على أنه حدث «لا يمكن تحمله» ، «ولا يمكن إدارته والسيطرة عليه» ، وبأنه يتخطى حدود قدرة المرء لمواجهته بنجاح ، فى حين أنه فى واقع الأمر يعد حدثاً سطحياً وليس له أى معنى «مأساوى» . وبالإضافة إلى الأفكار المأساوية المرتبطة بإدراك الحالة على أساس أنها عاجزة عن مواجهة مثل هذه الأحداث السلبية ، وبغض النظر عن مدى إمكانية حدوثها فعلاً (راجع الحوار بين المعالج النفسى والمريضة كلير) فإننا سنضع أيضاً تحت فئة التفكير المأساوى ، الأفكار التى تتضمن التوصل لاستنتاجات فكرية متطرفة ، وعواقب وخيمة حول أحداث بسيطة لا أهمية لها

(كأن يفشل طفلى فى امتحان ما ، فهذا معناه أننى فشلت كأب») . وتعكس هذه الإدراكات حاجة المريض وقلقه الشديد لبلوغ الكمال ، أو تعكس المسئولية الشخصية (كما تعكس خلوصه لنتائج وعواقب سلبية لكونه شخصاً غير كامل وغير مسئول عن حدوث مثل هذه الأمور) ، إن هذه الإدراكات جديرة بإدراجها ضمن هذه الفئة من الأفكار السلبية .

وغالباً ، ما يجد المرضى صعوبات من نوع ما للتمييز بين احتمالات المبالغة الشديدة فى تقدير الآثار السلبية للأفكار والأفكار المأساوية . ومن ثم ينبغى أن يطرح عليها المعالج أمثلة لتأكيد قدرتهم على التمييز بينهما إنطلاقاً من أبعاد الترجيح بين (احتمالات المبالغة فى تقدير الآثار) وعجز المدرك عن المواجهة أو الميل لاعزاء العواقب شديدة الألم لأحداث بسيطة (تفكير مأساوى) . وفضلاً عما سبق ، ينبغى أن يلاحظ المعالج أن كلا النمطين من الأفكار غالباً ما يرتبطان ببعضهما بعضاً ضمن سلسلة انزعاج المريض وقلقه .

المعالج : ذكرت أنك منذ ليلتين كان من الصعب جداً عليك أن تستغرقى فى النوم.

المريضة كلير : نعم ، ودائماً ما يكون ذلك صعباً علىّ ، ولكن فى هذه الليلة لم أستطع الاستغراق فى النوم حتى الثالثة والنصف صباحاً .

المعالج : هل لديك فكرة عن سبب صعوبة هذه الليلة بصفة خاصة ؟

كلير : دق جرس الهاتف حوالى الساعة الحادية عشرة والنصف ، وكما تعلم، فإن هذا الهاتف اللعين يعد دائماً مصدراً لقلقى . ولكن ، فى هذه الساعة والتوقيت ، لقد انزعجت ظنا منى أن ثمة شيئاً ما خطأ وتبين بعد ذلك أن الرقم المطلوب رقماً خاطئاً ، ولكن بعد أن قلقت ...

المعالج : ما الذى فكرت فيه ودار حول موضوع المكالمة أو ما يمكن أن يكون موضوعاً للمكالمة ؟

كلير : حسناً ، أنت تعرف إن الإنسان يمكن أن يفكر فى أخبار سيئة من أى نوع ، كأن يموت أو يتوفى شخص ما أو أى خبر من هذا القبيل . وبعد زيارتى لوطنى هذا الصيف ، انتابنى قلق على والدى لأنه يتقدم فى العمر شيئاً فشيئاً ، فهو سيتجاوز الخامسة والخمسين من عمره فى شهر يونيو ، وهو فى الحقيقة الذى ينظم لنا كل شئ . حسناً ، بعد ذلك سافرت

إلى ألبانى Albany ، ولم أر معظم أقاربى مثلما أفعل فى كل مرة .

المعالج : ووفقاً لما أشرت ، عندما دق جرس الهاتف ، هل انزعجت أن شيئاً ما ربما يكون قد حدث لوالدك ؟ .

كلير : لم أفكّر فى ذلك الأمر لأننى رفعت سماعة الهاتف بأسرع ما يمكن ، ولكنه رنّ بطريقة قد أثارت الرعب داخلى . ولكن بعد ما أنهيت المكالمة، لا أدرى بل تعجبت لماذا كنت شديدة القلق ، وأدركت أنه لابد أن يكون قد انتابنى نوع من التفكير أن شيئاً ما قد حدث له . ولحظة أن خالجنى هذا النوع من التفكير ، انزعجت وقلقت عليه ، وظللت بقية الليل شديدة القلق عليه .

المعالج : إذا ما رجعنا إلى ما ذكرته قبل قليل عن صحة والدك وأنها جيدة إلى حد ما ، أليس هو كذلك بصحة جيدة ؟

كلير : نعم هو بصحة جيدة ، وله صديق من حيوانات الخُلدْ mole يلازمه كظله ويتحرك معه حيثما ذهب . ولكن لأن عمله يتطلب منه أن يعمل خارج البيت طوال حياته ، فينتابنى قلق من أن تعرضه مدداً طويلة لأشعة الشمس ربما يصيبه بسرطان الجلد يوماً ما .

المعالج : ما الذى تتصورين حدوثه إذا ما مات والدك ؟

كلير : ماذا تعنى ؟ أتعنى ماذا سأفعل ؟ نحن لا ينبغى حتى مجرد التحدث فى هذا الأمر ما لم يكن لديك رغبة أن ترانى فى حالة طبيعية ... أتعرف ما أقصد ، الإنسان مجرد طفل فقط والجميع ..

المعالج : من الواضح أن التفكير فى هذا الموضوع يصيبك بالاضطراب ويقلقك .

كلير : حسناً ، وأنا بالفعل قلقة بما فيه الكفاية . شئ ما من هذا القبيل سوف يجعلنى فعلاً على حافة الهاوية والانهيار . إننى أعنى حقيقة أن قلقى هذا كما رأيته لا يمكننى من التوافق ومواجهة كثير من المواقف . أنا أتصور ، إذا ما مات والدى ، أننى سأنهار تماماً ، وسأكون عاجزة عن مواجهة أى شئ ، وهذا ما لا أريده أن يحدث ! .

وعلى الرغم من أن المعالج فى هذا المثال الإيضاحى الشارح وجب عليه أن يذهب بعيداً ليوضح طبيعة تنبؤات المريض المأساوية المرتبطة بفقدان الوالد ، فقد

كانت هناك نقطة جيدة وقفت عندها الحالة لتوضح الفرق بين احتمالات المبالغة فى التقدير (كالمبالغة فى احتمالات وفاة الوالد الذى يتمتع بصحة جيدة ، والمبالغة فى تقدير الاستهداف للموت نتيجة لتعرضه فترات طويلة لأشعة الشمس) ، والتفكير المأساوى (كالتنبؤ بأن وفاة الوالد ربما تسبب للحالة انهياراً دائما فى مشاعرها وفى عجزها عن المواجهة) وكيف أن هذين النمطين من الأفكار مرتبطان ببعضهما ضمن سلسلة انزعاج الحالة وقلقها .

ولما كان من الملائم حتى هذه النقطة أننا قد قدمنا مراجعة لأكثر الأمثلة شيوعاً لاحتمالات المبالغة فى تقدير الآثار السلبية للمواقف والأحداث من وجهة نظر الحالة ، فى مقابل الأفكار المأساوية التى أقر بها مرضى القلق العام ، فيجب ملاحظة أن قليلاً من الدراسات التى فحصت طبيعة انزعاجات مرضى القلق العام ومصادرها (أنظر مثلاً : بوركوفيتشن ، وآخرون ، ١٩٩١ ؛ كراسك وآخرون ، ١٩٨٩ ؛ ساندرسون وبارلو ، ١٩٩٠) قد وجدت أن محتوى هذه الانزعاجات التى انتهوا إليها باستخدام المقابلات المقننة (من قبيل المقابلة التشخيصية الشاملة للقلق) لم تقع بشكل دقيق ضمن الفئات الأولية التى استخدمت هنا من قبل (مثل : مرضى/صحة ، أفعال أو شئون أسرية ، عمل / مدرسة) . وفى الحقيقة ، فإنه فى كل دراسة على حدة من الدراسات التى أوردناها فى الفقرة السابقة مباشرة ، كانت فئة «أنواع أخرى متفرقة» من بين أكثر الفئات شيوعاً فى تمثيل معظم مجالات الانزعاج . وهكذا ، وبخلاف ما وجدناه من نتائج تتصل بطبيعة الإدراكات المسببة للقلق التى أقر بها مرضى اضطرابات الهلع (كما ذكر ذلك كراسك وبارلو ، فى الفصل الأول من هذا المجلد) ، والتى وفقا لها يمكن تصنيف محتوى معظم معارف وإدراكات هؤلاء المرضى نسبياً ضمن فئات نهائية (من قبيل : الخوف من الموت ، والخوف من الجنون ، أو فقدان السيطرة على أنفسهم) ، كما لا يوجد مثل هذا الدليل الذى يشير إلى محتويات لاضطراب القلق العام شبيهة بما أقره مرضى اضطرابات الهلع فيما يتصل بمصادر انزعاجهم . ومع ذلك ، فلكى نكرر النتائج التى راجعناها مسبقاً ، فإن البيانات الموجودة فعلاً والتى تتكئ على هذه المسألة تفترض أن طبيعة الانزعاج فى اضطراب القلق العام تعكس إفراطاً فى العملية نفسها (وفى المحتوى) الموجودة لدى الأفراد غير الإكلينيكيين ، وأن مؤشر عجز القدرة على ضبط عملية الانزعاج تعد الملمح الأساسى الذى يميز الانزعاج المرضى من الانزعاج غير المرضى (أنظر ، بارلو ، ١٩٩١ ؛ وبوركوفيتش وآخرون ، ١٩٩١) .

وكما فى حالة تحديد المعارف المسببة للقلق ، فإن المعالج لا يستطيع أن يؤكد بما فيه الكفاية أهمية دور الشخص بشكل تام ومنظم فى مقاومة هذه الأفكار. إن المعالج لا يقدم خطة مضادة لكى يحل الأفكار الإيجابية محل الأفكار السلبية (إذ لا يوجد مثلاً شئ ما ينزعج بسببه ، وأن كل شئ سيكون على ما يرام) . والبديل لذلك أن المقاومة المضادة تقدم كجزء من عملية فحص واختبار مدى صدق التأويلات والتفسيرات / التنبؤات التى يقدمها المريض ولكى يستبدل المعارف المشوّهة بالأخرى الواقعية ، ويعد ذلك نوعاً من الدليل على صحة هذه العملية . إن أهمية المقاومة المضادة والمتكررة والمنظمة قد تأكدت عن طريق ملاحظة أنه فى حين أن الأفكار المسئولة عن القلق الشديد يمكن أن تصبح شبيهة بالعادة الفكرية ، ويصعب تدميرها ، إلا أن مثل هذه الأفكار يمكن أن تكون حقاً غير مكتسبة ويمكن أن تحل محلها معارف أكثر دقة عن طريقة الممارسة والتطبيق المتكرر لأسباب المقاومة المضادة .

أضف إلى ما سبق ، أن المريض يُعطى تعليمات بأن المقاومة المضادة للمعارف المسببة للقلق تشتمل على المعالم الآتية : (١) التعامل مع الأفكار على أنها فروض (أكثر من كونها حقائق) يمكن أن تؤيد أو ترفض وفق أدلةو محددة ، (٢) والاستفادة من كل الأدلة المتاحة ، فى الماضى والحاضر ، لاختبار مدى صدق الاعتقاد ، (٣) واكتشاف وتوليد جميع التنبؤات الممكنة أو تأويلات كل حدث أو موقف . وفى حالة مقاومة احتمالات المبالغة فى تقدير الآثار السلبية للأفكار ، فإن هذه المعالم يمكن توظيفها والاستفادة منها فى تقويم الاحتمالات الواقعية (كالأحداث والمواقف الواقعية) لما يقع مستقبلاً من أحداث سلبية .

ولمقاومة الأفكار المأساوية ، فيطلب المعالج من المريض أن يتخيل أقصى ما يمكن أن يترتب من نتائج مخيفة على حدوث مواقف حقيقية مزعجة ، ثم يطلب منه أن يقيم بنظرة نقدية مدى قسوة أثر هذا الحدث أو الموقف . إن ذلك يستتبع تقديم لقدرة المريض المدركة على مواجهة الحدث إذا ما وقع فعلاً . ويضاف إلى ذلك ، أنه عند مقاومة التفكير المأساوى ، يكون مفيداً جداً أن نجعل المريض يولد العديد من البدائل الجيدة للنتائج السيئة التى يمكن أن تحدث إذا ما وقع الحدث فعلاً ، ويقوم بتوليد هذه البدائل بقدر ما يستطيع . وربما يلاحظ مدى الصعوبة التى يعانيها المريض فى توليد هذه البدائل الفكرية الايجابية مثلما هو حال مرضى القلق العام الذين يكشفون عن تحيزات سلبية فى تركيز الانتباه ،

ولابد أن يؤكد المعالج أن مقاومة الأفكار المأساوية وتفتيتها لا يستلزم محاولة المريض للنهوض لكى يدرك الحدث السالب كحدث موجب أو حتى حدثاً محايداً (ولكن كل المطلوب فى الحقيقة هو أن تكون درجة قلقه مثل معظم الناس الذين يموت آباؤهم) . بل وأكثر من ذلك عن طريق تقييمه النقدى لأثر الحدث السلبى بشكل دقيق وموضوعى ، فسوف يدرك أن أثره السلبى أمر وقتى وأنه قابل للتحكم فيه والسيطرة عليه .

التعرض للانزعاج :

استرشاداً بالأطر لنظرية الجديدة لطبيعة الانزعاج المرضى التى تم مراجعتها مسبقاً (بوركوفيتش وهو Hu ، ١٩٩٠ ؛ رابى وبارلو ، ١٩٩١) فإن التعرض للانزعاج (كراسك وآخرون ، ١٩٩٢) يستلزم الوقوف على الإجراءات الآتية : (١) تحديد وتسجيل اثنين أو ثلاثة من مجالات الانزعاج الأساسية لدى المريض (مرتبة حسب أقلها درجة فى إثارة الانزعاج لديه ، (٢) وممارسة التدريب التصورى (باستخدام الصور العقلية) عن طريق تخيل المناظر السارة ، (٣) وممارسة الاستدعاء الحر لأول مجال من مجالات الانزعاج فى الترتيب السابق عن طريق تركيز المريض على أفكاره المقلقة أثناء محاولته تخيل أسوأ احتمالات النتائج الناجمة عن هذا المجال من مجالات الانزعاج (فمثلاً إذا كانت لدينا مريضة بالقلق انزعجت لتأخر زوجها عن ميعاد رجوعه من العمل ، ففى هذه الحالة عليها أن تتخيل أسوأ الاحتمالات وهو أن زوجها قد فقد الوعى وسقط من مكان مرتفع بعد أن اختلت عجلة القيادة فى يده) ، (٤) وفى اللحظة التى يكون فيها المريض قادراً على استحضار الصور العقلية بشكل حى ، استخدم أسلوب التعارض للتعرض للانزعاج أو نقطة من النقاط الحرجة التى تسبب الانزعاج للمريض ، بحيث تقتضى إحياء هذه الأفكار والصور العقلية التى تدور حولها بحيث تستمر ناصعة وشديدة الوضوح فى الذهن على الأقل من ٢٥ – ٣٠ دقيقة ، و(٥) بعد مرور من ٢٥ – ٣٠ دقيقة ، وجه المريض بحيث يولد بدائل من الصور العقلية بقدر ما يستطيع عن أسوأ احتمالات النتائج ، إذا تأخر زوجى فى العمل ، فربما يكون قد تعب فى العمل ، أو عطلته إشارات المرور ، أو ربما ذهب للسوق لشراء بعض الحاجات) . وكما أشرنا إلى السجل اليومى الذى يعرض له الشكل ٤–٤ والذى يتصل بصيغة التعرض للانزعاج ، وعند الانتهاء من مرحلة توليد بدائل الانزعاج وممارسة التعرض إليها ، يسجل المرضى مستويات قلقهم ومدى حيوية

الصور الذهنية المتصلة بنقاط متباينة من التعرض (كأعلى درجة من درجات القلق أثناء التعرض للانزعاج فترة تتراوح بين ٢٥ – ٣٠ دقيقة أو مستويات القلق بعد توليد بدائل لأسوأ نتيجة محتملة) .

وبعد مرور ٣٠ دقيقة أو أكثر قضاها المريض فى معالجة المجال الأول من مجالات الانزعاج طبقاً للإجراءات السابقة ، يعطى المرضى تعليمات لتكرار هذه الخطوات غالباً بالنسبة للمجال الثانى من مجالات الانزعاج وفقاً للترتيب السابق . وبعد ما يتأكد المعالج أن المريض قد أتقن تنفيذ أسلوب التعرض للانزعاج بشكل مناسب خلال الجلسة العلاجية ، يقوم بتنفيذ هذا التدريب فى منزله يومياً حتى موعد الجلسة القادمة . ويعطى المرضى تعليمات مفادها أنه عندما لا يتمكن أسلوب التدريب على التعرض من إثارة القلق بشدة بحيث لم يعد يزيد مستواه عن المستوى البسيط له (أى درجتان أو أقل على مقياس لشدة القلق يتكون من ثمانى درجات) ، برغم المحاولات العديدة من جانب المريض لتخيل الانزعاج المرتبط بمواقف معينة بشكل حى ، عليهم أن يمارسوا التدريب على المجال الأعلى من مجالات الانزعاج وفقاً للترتيب السابق .

وبالطبع هناك خطوة مبدئية مهمة فى تطبيق أسلوب التعرض للانزعاج هى تجهيز المريض وإعداده وتهيئته نفسياً بشكل كفء قبل ممارسته هذا التدريب، وذلك بتزويده بوصف شامل لمنطق وأهداف هذا التدريب . إن ذلك الأمر يتطلب ، فى مستوى ما من مستوياته ، مناقشة لمفهوم التعود وأسباب أن التعود لا يمكن أن يحدث بشكل تلقائى برغم التعرض المتكرر لهذه الانزعاجات على مدى الزمن (كالميل الطبيعى للتحول والانتقال بسرعة من مجال للانزعاج إلى آخر داخل السلسلة المتدرجة فى شدتها) . بالإضافة إلى أن التعرض للانزعاج ينبغى أن يمدنا بفرص إضافية لتطبيق استراتيجيات تم تعلمها إلى حد كبير أثناء خطة العلاج (كإعادة البنية المعرفية ، وربما ممارسة الاسترخاء) . وربما يرغب المعالج فعلاً فى ملاحظة أن التعرض المتكرر للفكرة المزعجة نفسها أو للصورة الذهنية المرتبطة بها ، عملية أسهل بالنسبة للمريض لتطوير منظور أو فكرة موضوعية عن مصدر الانزعاج الذى يعانى منه ، ومن ثم يزيد من اليسر أمام المريض عند تطبيق الأساليب المعرفية المضادة للأفكار السلبية المسببة للقلق .

وربما تظهر صعوبات عديدة محتملة أثناء تطبيق أسلوب التعرض للانزعاج . وعلى المستوى النظرى (Foa & Kozak, 1986) يجب أن ينعكس

التعرض العلاجي للأفكار والصور الذهنية والمواقف المزعجة بصفة عامة عن طريق النماذج الآتية : (١) تسبب التعرضات المبدئية لمواقف مزعجة مستويات متوسطة من القلق على الأقل ، (٢) وينشأ عن التعرض الطويل لهاديات مزعجة أثناء جلسة التدريب ، انخفاض مستويات القلق العليا التى تولدت فى بداية فترة التعرض (خلال جلسة التعود) ، (٣) وعبر محاولات التعرض العديدة والمنفصلة ، تنخفض مستويات القلق القصوى التى استثارها التعرض ، لدرجة أن الهاديات المزعجة لم يعد فى إمكانها إثارة أى درجة من القلق يمكن ملاحظتها (بين جلسات التعويد) .

إن إحدى المشكلات المحتملة مؤداها أن التعرض للانزعاج سوف يفشل فى إثارة مستوى من القلق يزيد عن حدود التوسط والاعتدال أثناء محاولات التعرض المبدئية . ويمكن أن تسهم أسباب متعددة فى إحداث هذه الظاهرة ، منها الآتى : (١) أن الصور الذهنية حول المواقف المزعجة لا تكون حية بالقدر الكافى، (٢) وقد تكون الصور الذهنية عامة جداً ، وبذلك توقف أو تمنع تركيز المريض على معرفة أسوأ النتائج ، (٣) إن الصور الذهنية لم تبرز فى مجال انزعاج المريض ، أو أن مجال الانزعاج ذاته لم يسهم بوضوح فى نشأة أعراض القلق العام الذى يعانى منه المريض ، (٤) وقد يستخدم المريض أساليب مواجهة المواقف المثيرة للانزعاج (كإعادة البنية المعرفية ، والاسترخاء المنضبط) أثناء فترة التعرض للانزعاج الممتدة من ٢٥ – ٣٠ دقيقة . (٥) وقد يتجنب المريض بشكل خفى مضمر مسألة معالجة هاديات الانزعاج الأكثر وضوحاً فى المجال عن طريق التلهى بالأفكار والصور الذهنية المحايدة .

وهناك صعوبة أخرى محتملة قد تواجه أسلوب التعرض مؤداها أن أمارات القلق والانزعاج التى يظهرها المريض داخل وبين جلسات التعويد على القلق تكون أمارات تافهة ولا تلفت النظر رغم محاولات التعرض المتكررة . ومرة أخرى هناك أسباب عديدة تقف خلف هذه المشكلة تشتمل على ما يلى : (١) التجنب الخفى عندما يبدأ فى الشعور بالمستويات العليا من القلق ، (٢) والفشل فى الاحتفاظ بحيوية الصورة الذهنية ذاتها خلال جلسة التعرض (كالميل للتحول والانتقال باستمرار من صورة ذهنية مزعجة إلى أخرى) ، ومن ثم يقلل عملية التعويد على هذه الصورة الذهنية ، (٣) وقصر وقت التعرض (بحيث يقل زمن التعرض والاحتفاظ بصورة الموقف المزعج عن ٢٥ دقيقة ، أو أن فترة ٢٥ – ٣٠ دقيقة لا تكون كافية فى بعض الحالات للاحتفاظ بالصور الذهنية للمواقف المزعجة بصفة خاصة) .

وكما لوحظ عند مناقشة متغيرات المعالج التى تسهم فى تشكيل نتائج العلاج، ومن ثم فمن المهم أن يملك المعالج الفهم الكامل للمؤشرات النظرية المتصلة بالتعرض العلاجى لمواقف الانزعاج والقلق . وتبعاً لذلك ، فعليه أن يتبين أهمية جمع بيانات منظمة ومنسقة عن معدلات قلق مرضاه أثناء تعرضهم للمواقف المثيرة للانزعاج (فى كل جلسة من جلسات العلاج وأثناء التدريبات المنزلية) ، لأن هذه المعدلات سوف تكون شديدة الفائدة كمؤشرات على التحسن والتقدم نحو الشفاء ولاكتشاف بعض المشكلات المحتملة .

وأحياناً ، يشير المرضى إلى صعوبات فى توليد بدائل لأسواء النتائج المثيرة للخوف والقلق . وربما تعكس هذه الصعوبة مرونة المرضى المحدودة عند تطبيقهم لأساليب الهجوم والمقاومة المعرفية المضادة للأفكار السلبية (وهى الأساليب التى أشرنا إليها آنفاً عند عرض أسلوب التعرض لمواقف الانزعاج ضمن برنامج علاج اضطرابات القلق العام) أو ربما تشير إلى اعتقادات وإيمان راسخ له ارتباط بمجال القلق والانزعاج محل العلاج . وفيما يتصل بهذه المشكلة ، سوف يلاحظ المعالج أحياناً أن معدلات قلق مرضاه لا تنخفض بعد توليدهم بدائل لأسواء النتائج المثيرة للتهديد والانزعاج . وعند ملاحظة المعالج مشكلات لها هذه الطبيعة ، عليه أن يسأل مرضاه عن وجهة نظرهم وآرائهم عن أسباب عدم انخفاض القلق . وطبقاً للمخاطر الشائعة فى العلاج المعرفى (كالفشل فى اختبار التنبؤات المسببة للقلق بشكل تام مع طرح حجج وبراهين عقلية مضادة) ، وربما يكون المعالج مبدئياً فى حاجة لمساعدة المريض على توليد البدائل . وطبقاً لخبراتنا فى هذا المجال سيبدأ انخفاض القلق فى الحدوث مع تزويد المرضى بالعائد ومردود العلاج ، وذلك بالتوازى مع استمرار التدريب على التعرض لمواقف الانزعاج (كالتعويد على تخيل الهاديات المزعجة المرتبطة بأسوأ النتائج المخيفة مما يقلل بطريقة موضوعية من تورط المريض الانفعالى فى المجالات التى تسبب له القلق والانزعاج ، إلى جانب أنها تسهل إعادة تكوين البنية المعرفية للقلق) .

كذلك لاحظنا آنفاً ، أن التحريف والتشويه المعرفى يمثل إحدى القضايا التى يجب مواجهتها بشكل متكرر فى علاج اضطرابات القلق العام . وربما لا يحاول المرضى التفكير – بصفة خاصة – فى أسواء النتائج المحتملة فى إثارة التهديد والانزعاج ، أو ربما يسمحون لأفكارهم أن تهيم على وجهها وتسرح أثناء العلاج . ويحتاج المعالج أن يخلص إلى أنه على الرغم من أن الانحراف عن الأفكار المقلقة والمشاعر ربما يخفف من حدة القلق على المدى القريب ، فإن هذه

استيراتيجية طويلة المدى غير فعالة بالأساس لإدارة علاج القلق ، وفى الحقيقة ، ربما يدعم التشويه وجهة نظر المريض فى أن ثمة أفكاراً وصوراً ذهنية محددة ينبغى تجنبها . وفوق ذلك ، ربما لايدخل التشويه المعرفى فى حسابه التقييم المناسب من قبل المرضى للمعارف والإدراكات المسببة للقلق ويمنعها من الظهور فى مستوى القلق اللازم للمعالجة الوجدانية الملائمة للانزعاج (فوا وكوزاك ، ١٩٨٦) . ولذلك ، على المعالج أن يكون يقظاً بصفة خاصة لمظاهر وأدلة التشويه التى يبديها المريض ، مشيراً إلى أن هذه المظاهر يجب التركيز عليها ، ويفند للمريض أسباب هذا السلوك الذى ليس له أى فائدة على المدى الطويل فى خفض القلق .

الاسم : كلير ، ت .   التاريخ : ١١/١٥

بداية الجلسة : الساعة الثالثة بعد الظهر .

نهاية الجلسة : الساعة الخامسة بعد الظهر .

(دائرة) القلق/التصور العقلى   صفر   ١   ٢   ٣   ٤   ٥   ٦   ٧   ٨

لا شئ   خفيف   معتدل   شديد   شديد جداً

الأعراض أثناء التعرض:

الارتجاف/مرعوب ________	الدوار/ آلام فى البطن ________
الشد العضلى ________	حمرة الوجهة / القشعريرة ________
التململ أو الأرق ________	التبول المتكرر ________
التعب ________	آلام فى البلع أو كظم الألم ________
ضيق فى التنفس ________	الشعور بالإعياء / أو أنه على حافة الهاوية ________
خفقان القلب/حيويته ________	يتهدد بسهولة / متقلب ________
يتصبب عرقاً/بارد اليدين ________	التركيز بصعوبة ________
جفاف الفم أو الحلق ________	النوم المضطرب ________
دوار/شعور بخفة الرأس ________	شدة الاستثارة ________

الانزعاج/ : المضمون : زارتنى صديقتى عرضا – ورأت منزلى غير المرتب، وصُدمت فىَّ . وسخرت منى ، ورأت أنه لا قيمة لى عندها ولا أهمية.

أسوأ نتيجة مزعجة محتملة : تتصل بالأصدقاء والآخرين وتحكى لهم وتصف ما رأته ، وهم كذلك سيسخرون منى ، ولا يحترموننى بعد ذلك .

القلق (صفر – ٨) ٧ درجات التصور الذهنى (صفر – ٨) : ٧ درجات .

البدائل الممكنة : لم تعد تهتم بى إطلاقاً ، قد تحاول رؤيتى من بعيد ، ولكن ليس بمنزلى . ربما لم تعد تشاهد البرامج الترفيهية معنا ، ولو حدث وفعلت ذلك ، فربما لا تفكر إطلاقاً فى الاهتمام بالاتصال بكل فرد من الأصدقاء لتخبره بهذا العرض . وربما تكون شديدة السرور لأنها لن ترانى حتى لو تغيرت وأصبحت نظيفة .

القلق (صفر – ٨) : درجتان التصور الذهنى (صفر – ٨) : درجتان

شكل ٤ –٤ السجل اليومى للتعرض للانزعاج والقلق

تدريبات الاسترخاء :

لا يختلف أسلوب التدريب على الاسترخاء فى برنامجنا العلاجى الحالى لاضطراب القلق العام عن نظيره الذى كنا نستخدمه كجزء من هذا العلاج فى الماضى (راجع : بارلو ، كراسك ، سيرنى Cerny ، وكلوسكو Klosko ، ١٩٨٩ ؛ وبارلو وآخرون ، ١٩٩٢) . إن هذا الأسلوب الاسترخائى الذى نستخدمه الآن وضع إجراءاته بيرنشتاين وبروكوفيتش (١٩٧٣) . وتبدأ الإجراءات بالتدريب على الاسترخاء العضلى لمجموعات محددة (١٦ مجموعة عضلية) ، ويسمى هذا الإجراء بالتدريب التمييزى(١) . ويقتضى هذا التدريب تعليم المريض أن يميز بين إحساسات الشد والاسترخاء فى كل مجموعة عضلية أثناء ممارسة التدريب .

(1) Discrimination training .

والهدف النهائي من التدريب التمييزى هو زيادة قدرة المريض على اكتشاف مصادر الشد العضلى وعلاماته مبكراً ، بجانب تيسير انتشار الاسترخاء سريعاً لكل هذه المجموعات العضلية . وبعد الانتهاء من تدريب كل مجموعة عضلية على حدة على ممارسة الاسترخاء ، تستخدم أساليب تعميق الاسترخاء(1) أثناء عمليات التأثير والإيحاء ، متضمنة التنفس البطىء (مثال ذلك : التنفس البطنى البطىء ، مع تكرار كلمة «استرخ» بهدوء مع خروج الزفير) .

ويعرض المعالج على مرضاه منطق التدريب على الاسترخاء العضلى العميق ، بأنه يهدف إلى تخفيف الأعراض المرتبطة بمكون القلق الفيزيولوجى ، جزئياً عن طريق قطع الرابطة المكتسبة بين الاستثارة العصبية الذاتية الشديدة والانزعاج . ويستغرق تدريب الاسترخاء للمجموعات العضلية الستة عشر وقتاً يدور حول متوسط قدره نصف الساعة (ثلاثون دقيقة) . وفى العادة يقوم المعالج خلال الجلسة العلاجية بتدريب المريض على الاسترخاء ، ويعطى المريض شريطاً مسجلاً عليه إجراءات أداء تمرينات الاسترخاء ليسترشد به المريض عند أدائه هذا التدريب مرتين يومياً بالمنزل . وبالإضافة إلى توصية المريض بأداء التمرين على الشريط الصوتى المسجل ، فنحن نلتزم ونلزمه بمراعاة كل الجوانب التى تساعد على إنجاح هذا التمرين (مثال ذلك ، نصدر توصيات للمريض بأن يؤديه فى أماكن هادئة ومريحة ، وألا يؤديه قبل النوم مباشرة) .

وبعد ما يتقن المريض تدريب المجموعات الست عشرة (على مدى فترة تمتد لما يزيد على الأسبوعين) ، فنقوم بتخفيض التدريب من ست عشرة مجموعة إلى تدريب ثمانى مجموعات ثم أخيراً إلى أربع فقط وبالتدريج (كتدريب البطن والمعدة ، والصدر ، والذراعين ، ومقدمة الرأس) . وأثناء إعطاء المريض هذا التدريب المختصر ، يجب على المعالج أن يوازن عند توجيهه المريض لأداء التمرين ، بأن يراعى التركيز على أعضاء الجسم التى يشكو منها المريض ، ومن ثم عليه أن يدخل ضمن المجموعات العضلية الأربع التى تخضع للتدريب ، المجموعة التى يشكو منها المريض حتى يؤتى التمرين ثماره .

وبالطبع ، فإن منطق تخفيض مجموعات العضلات التى تخضع للتدريب على الاسترخاء (من ١٦ مجموعة إلى ٨ مجموعات إلى أربع مجموعات) هو

(1) Deepening relaxation .

إتاحة الفرصة لانتشار الاسترخاء من مجموعات التدريب إلى المجموعات العضلية التى لم تخضع له بسرعة ، لدرجة أن المريض يمكنه فعل ذلك بسرعة وفى أى وقت يشاء . ولذا ، فإنه بعد ما يتقنْ المريض ممارسة الاسترخاء للمجموعات العضلية الأربع ، يتعلم أسلوب الاسترخاء بالاستدعاء[1] أو باستحضاره . ويتكون أسلوب استدعاء الاسترخاء أو استحضاره بالتركيز على كل مجموعة من المجموعات العضلية الأربع التى خضعت للتمرين حتى هذه المرحلة من العلاج ، وذلك بأن يخلصها من الشد الذى فيها عن طريق استحضار مشاعر الاسترخاء التى تراكمت لديه بتعلمها من التدريبات السابقة . ولذا فإن هذا الأسلوب لا يستلزم ممارسة استحضار الشد العضلى كما كان الحال فى السابق ، ولكنه يقتضى فقط استحضار خبرة استرخاء العضلات دون شدها (مثال ذلك : نوجهه بالتعليمات الآتية : كما كنت فى السابق ، تركز على عضلات بطنك ، فعليك الآن أن تترك التفكير فى كونها مشدودة ، وما عليك إلا أن تشعر بدفء الاسترخاء الذى تعودت عليه عضلات بطنك وتستحضره ذهنياً) . وكما كان الحال عند ممارسة تمرين الاسترخاء العضلى كاملاً ، يوجه المرضى بأن على كل منهم عند ممارسة استدعاء الاسترخاء ذهنياً أن يمارسوا أيضاً التنفس العميق المنظم البطيء ، وأن يكرروا كلمة «استرخ» سراً مع كل زفير . وعلى المرضى ، خلال هذه المرحلة ، ممارسة تمارين الاسترخاء الذهنى ، والاستمرار فى ممارستها يومياً فى أماكن هادئة مريحة ، ويشجعوا كذلك على البدء فى ممارسته بشكل مختصر فى مواقف أخرى (كممارسته فى العمل ، وفى المكتب مثلاً ، أو فى السيارة) .

وبعد اتقان المريض للاسترخاء الذهنى أو بطريقة استحضارة ذهنياً ، يبدأ فى ممارسة الاسترخاء الموجه بالهاديات[2] . ووفقاً لهذا النوع من الاسترخاء ، يكون من الضرورى فى الخطوة الأولى من خطوات إجراءاته الأساسية ، أن يقوم المريض بالتنفس البطيء عدداً قليلاً من المرات (حوالى أربع أو خمس مرات) ويكرر كلمة «استرخ» مع كل زفير يخرجه . وعند الزفير ، يوجه المعالج له تعليمات مؤداها ، أن يتخلص من كل الشد العصبى المنتشر فى جسمه ، ويخرجه من عضلاته ، عن طريق التركيز على استحضار مشاعر الاسترخاء فى موقف ما . وهكذا ، فإن الاسترخاء الموجه بالهاديات أو المواقف يعد من أحسن أساليب

---

(1) Relaxation - by recall .
(2) Cue - controlled relaxation .

الاسترخاء التى تنشره فى كل أجزاء الجسم بلا تدريب فعلى ، ومن ثم يجب أن يوجه المريض لاستخدامه فى العديد من المواقف بصفة عامة ، وفى المواقف التى تثير القلق والشد والانزعاج لديه بصفة خاصة ، وبشكل متكرر (مثال ذلك/ مواقف العمل ، وفى البيت ، وعند الانتظار ، وعند التحدث فى الهاتف ، وعند قيادة السيارة) . وبالإضافة إلى ذلك ، نشجع مرضانا ، بين الحين والآخر على ممارسة تمرينات الاسترخاء العضلى العميق للمجموعات الست عشرة لأسباب عديدة (منها، أن يظل محتفظاً بالتدريب التمييزى لمجموعات محددة من العضلات ، وأن يقوى رابطة الهادية أو كلمة «استرخ» بمشاعر الاسترخاء .

ويتباين المرضى فيما بينهم فيما يحتاجونه من وقت لتعلم المراحل المختلفة للتدريب على الاسترخاء . وعندما يتم تنفيذ هذا الأسلوب فى المواقف أو الجلسات العيادية (بدون قيود البرنامج العلاجى التى تشيع فى درجات تقييم نتائج العلاج المضبوطة) ، يجب على المعالج ألا ينصح المريض بتنفيذه بمراحله الثلاثة بسرعة شديدة حتى ينقله تماماً (بحيث ينخفض من تدريب ١٦ مجموعة إلى ثمانى إلى أربع بسرعة) لأن نجاح المرضى فى تنفيذ ما يليه من أساليب ومراحل (مثال ذلك أسلوب استحضار الاسترخاء ذهنياً ومرحلة تطبيق أسلوب الاسترخاء الموجه بالهاديات) ربما يعتمد إلى حد كبير على إتقانهم لكل استراتيجيات وخطط العلاج السابقة (كالتدريب التمييزى بممارسة الاسترخاء العضلى للمجموعات) .

وبالإضافة إلى الصعوبات العملية العديدة التى تكون قد ارتبطت بتدريب المرضى على الاسترخاء (كعدم تنفيذ المريض لواجبه المنزلى الذى يرجع لعدم توفر الوقت الكافى لأداء تمارين الاسترخاء أو مشكلاته فى الاحتفاظ بدرجة كافية من تركيز الانتباه أثناء أداء التمرين) ، فقد لاحظنا وجود مشكلة فى الدراسات السابقة المتصلة بمراحل تطبيق هذه الأساليب العلاجية يشار إليها بأنها مشكلة الاسترخاء المسبب للقلق[١] . ويبدو أن القلق الناتج عن الاسترخاء ذاته يرتبط بدوره بالحساسية العميقة للهاديات الجسمية الداخلية (كالمشاعر الغائمة أو المشاعر الذاتية بفقدان التحكم ، التى تحدث عنها بوركوفيتش وآخرون ، ١٩٨٧ ، وهايد Heide وبوركوفيتش ، ١٩٨٤) . وللبرهنة على العلاقة المحتملة لهذه الظاهرة بالنتائج العيادية ، قام بوركوفيتش وآخرون ١٩٨٧ بدراسة قارن فيها العلاج المعرفى بالعلاج غير الموجه لدى مرضى تلقوا استرخاء عضلياً عميقاً كجزء من

(1) Relaxation - induced Anxiety .

برنامجنا العلاجى ، وانتهى إلى أن الاسترخاء المسبب للقلق يرتبط سلبياً وبشكل جوهرى بالتغير فى الأداء على مقاييس هاميلتون للقلق والاكتئاب .

ولذا ، فإن المعالج ينبغى أن يكون يقظا لحدوث العلامات الدالة على حدوث القلق بسبب الاسترخاء ، وبصفة خاصة لدى مرضى القلق المصحوب باضطرابات الهلع (Cohen, Barloe, & Blanchard, 1985) ومن ثم يشيع استخدام تشخيص إضافى لدى المرضى الذين كان لهم تشخيص أساسى هو اضطراب القلق العام (Moras et al., 1992) . وعندما يتم ملاحظة القلق الناتج عن الاسترخاء ، يجب على المعالج أن يطمئن مريضه بأن هذا القلق ناتج عن استجابة ذاتية مؤقتة ترجع غالباً إلى نمط متعلم من الاستثارة الذاتية الشديدة وأن هذه المشاعر المقلقة عادة ما تضعف مع الاستمرار فى ممارسة التمرين .

الوقاية من سلوك الانزعاج :

كما لاحظنا سابقاً فى هذا الفصل ، أن كراسك وآخرون (١٩٨٩) ، قد وجدوا أن ما يزيد على نصف مرضى القلق العام ، كانت انزعاجاتهم التى سجلوها عن طريق مراقباتهم لأنفسهم مرتبطة بتنفيذ بعض أنواع السلوك الصحيح ، والوقائى أو ببعض أنواع السلوك الطقوسى[1] . ولذا ، فإنه وفقاً لما يحدث فى حالة تكرار بعض الأفكار الوسواسية لدى مرضى الوسواس القهرى ، فإن سلوك الانزعاج والقلق لديهم تدعم سلبياً لدى مريض ما ، فإنها لدى آخر عادة ما ينتج عنها انخفاض مؤقت فى حدة القلق (Brown et al., 1993) . وتشمل أمثلة سلوكات الانزعاج الاتصال الهاتفى المتكرر بين العشاق فى العمل أو فى المنزل ، ورفض قراءة صفحات النعى أو أى أحداث أخرى مقلقة فى الجريدة اليومية ، والعمل المجهد الذى ينوه الشخص بحمله . وكما هى الحال فى علاج مرضى الوسواس القهرى (الفصل الخامس من هذا المجلد Riggs & Foa) يكون من المفيد جداً عند علاج مرضى القلق العام استخدام الوقاية المنتظمة من الاستجابات التى تتعلق بالأحداث المسببة للانزعاج وظيفياً .

وربما لأن المرضى لا يرون مدى إسهام أنواع السلوك هذه فى استمرار قلقهم ، فيكون من المفيد بالنسبة للمعالج أن يقترب من هذه المنطقة كفرصة لاستخراج معتقدات المرضى بأن هذه السلوكات قد تمنع واقعياً وقوع كثير من

(1) ritualistic behaviour .

النتائج أو العواقب الوخيمة (وتسمى هذه الفنية بإختبار التنبؤات[1]) . وتبدأ إجراءات هذا الأسلوب بقيام المعالج بمساعدة المريض على توليد قائمة سلوكات الانزعاج الشائعة لديه . وبمجرد تحديد هذه السلوكات ، غالباً ما نجعل المريض يقوم بمراقبة ذاته ويسجل تكرارات حدوث كل سلوك على مدى الأسبوع . أما الخطوة الثانية ، فتتمثل فى إعطائه تعليمات بأن يحجم عن التورط فى سلوك الانزعاج ، أو الانشغال به ، بل ينشغل باستجابة أخرى منافسة له لتحل محله (مثال ذلك ، أن يفتح مذياع السيارة على محطة الأخبار أثناء عودته من العمل للمنزل أو عند ذهابه للعمل بدلاً من تحويل المؤشر بعيداً عن هذه المحطة لكى يتجنب سماع تقارير حوادث المرور) . ويسبق أداء تمرينات الوقاية من حدوث سلوك الانزعاج ، تسجيل تنبؤات المريض التى تدور حول نتائج أو عواقب الوقاية ومنع حدوث الاستجابة ، وبعد أن يكتمل التدريب على الوقاية ضد سلوك الانزعاج، يقوم المعالج بمساعدة المريض بمقارنة نتائج ممارسة هذا التمرين بنتائج تنبؤات المريض (مثال ذلك : تكرارات سلوكات الانزعاج المتورط فيها المريض لا ترتبط باحتمالات وقوع أحداث سلبية فى المستقبل) . وكما هى الحال عند علاج حالات اضطرابات الهلع (راجع كراسك وبارلو ، الفصل الأول من هذا المجلد) ، فإن اختبار تنبؤات المريض يمكن أن يكون مفيداً فى مساعدتنا على إعادة بنائه المعرفى حول هذه التنبؤات . ويعرض الشكل ٥ - ٤ صيغة كاملة للوقاية من سلوك الانزعاج .

إدارة الوقت[2] :

يقر عدد كبير من مرضى القلق العام بالمعاناة من الربكة الشديدة التى يشعرون بها بسبب كثرة الالتزامات والتعهدات التى لابد أن ينجزونها خلال زمن محدد ، فضلاً عن الأحداث والمشاحنات اليومية التى تثير المشقة . وبسبب طبيعة اضطراب القلق العام (الذى يتسم بالخشية والتهديد القلق) فإن هؤلاء المرضى غالباً ما يكونوا ميالين لتضخيم نتائج المشاحنات اليومية ، ويبالغون فى نتائج الآثار المترتبة على أحداث الحياة التى تثير أقداراً تافهة من المشقة . وطبقاً لما سبق ، فإن المهارات اللازمة لإدارة الوقت وتحقيق الأهداف تعد عوامل مساعدة ومفيدة للغاية فى علاج اضطرابات القلق العام ، لأن هذه الأساليب ربما تساعد

(1) Predictions testing .
(2) Time management .

المرضى على تركيز جهودهم على الأعمال المطلوب منهم إنجازها الآن أكثر من التركيز على مصادر القلق والانزعاج ، ومنها قلقهم على إنجاز أعمال مستقبلية .

وتتضمن استيراتيجيات إدارة الوقت ثلاثة مكونات أساسية هى : المسئولية النيابية(١) ، والتوكيدية ، (كأن ترفض بعض الأعمال قائلاً «لا») ، والالتزام بجدول أعمال يومى محدد . وفيما يتصل بالمسئولية النيابية أو التفويض المسئول ، فنحن غالباً ما نلاحظ على مرضانا أن ميولهم ونزعاتهم الكمالية (٢) ربما تمنعهم من السماح للآخرين أن ينوبوا عنهم فى أداء كثير من الأعمال والمهمات التى كان عليهم القيام بها . هذا بالإضافة إلى أن مرضى القلق العام كثيراً ما يقاومون رغبتهم فى رفض المطالب غير المتوقعة أو غير الواقعية التى يلقيها الآخرون على عاتقهم ، مما يمنعهم من إتمام نشاطاتهم المخطط لها من قبل (يحدث ذلك بصفة خاصة لدى مرضى القلق العام الذين يشكون من المخاوف الاجتماعية ، كتشخيص إضافى) . وعادة ما نتجه مباشرة للقضايا التى تتصل بتفويض المسئوليات للآخرين والتوكيدية عن طريق توظيف الوقاية ضد سلوك الانزعاج وممارسة تمارين اختبار التنبؤ التى عرضنا لها آنفاً . مثال ذلك ، إن ذلك قد يقتضى منا أن نطلب من المريض أن يكلف مساعديه بإنجاز الأعمال البسيطة لاختبار تنبؤاته المرتبطة بنشاط ما من النشاطات التى يجب عليه القيام بها («كأن يتنبأ بأن كيف العمل وجودته ستقل» ، إن ذلك سيأخذ منى وقتاً طويلاً حتى يتضح لمساعدى ما ينبغى أن يقوم به بدلا منى بالمقارنة بما سأستغرقه من وقت إذا ما أنجزته بنفسى» ، وربما أدرك أو يرانى الآخرون على أننى شخص مهمل فى عملى ومقصر فى أداء وتحمل مسئولياتى») .

ويجب أن نبدأ الالتزام بالبرنامج اليومى (الأجندة) مع بداية مراجعتنا النشاطات اليومية التى يقوم بها المريض (ونقوم بهذه المراجعة للبرنامج اليومى على مدى أسبوع من المراقبة الذاتية من قبل المريض لنفسه عند تنفيذ هذا البرنامج) . ويمكن للمعالج فيما بعد ، أن يساعد المريض فى تكوين أو بناء استراتيجية منظمة للالتزام بتنفيذ جداول الأعمال اليومية دون إضافة أعباء أخرى وبناء نشاطات يومية لا تتخطى تلك النشاطات شديدة الأهمية التى لا يستطيع أحد

(1) delegating responsibility .

(2) perficionistic tendencies .

غيره إنجازها . ويمكن تحقيق هذا الهدف عن طريق توليد قائمة من الأهداف الثابتة[1] التى تنبثق عنها النشاطات اليومية بحيث توضع فى فئات على النحو التالى :(أ) أعمال ونشاطات شديدة الأهمية ويجب إنجازها فى ذات اليوم . (ب) مهمات مهمة جداً لابد أن تنجز حالاً ، ولكن من الممكن ألا يكون ذلك فى اليوم نفسه ، (ج) ومهمات وأعمال مهمة نكون فى حاجة لإنجازها ولكن بروية لأنها غير مؤثرة . ويمكن للمعالج ، بعد ذلك ، مساعدة المريض فى تخصيص أوقات كافية لتكملة كل نشاط على حدة . وربما مضاعفة الوقت لنشاط بعينه إذا ما برهن المريض على أهمية هذا النشاط ، أو كانت له توقعات غير واقعية تتصل بطول الوقت اللازم لإنجاز أعمال محددة) .

الإسم / كـليرت

التاريخ	نشــاط التمــرين	مستوي القلق قبل النشاط (صفر–٨درجات)	مستوي القلق بعد أداء النشاط (صفر–٨درجات)
١١/٢٧	طلبت من زوجى الاتصال بى فقط عند عودتى من العمل ، وليس قبل ذلك .	٤	٣
١١/٢٨	» » » » » » »	٣	٣
١١/٢٩	» » » » » » »	٣	٢
١١/٣٠	» » » » » » »	٣	١
١٢/١	» » » » » » »	٢	٢
١٢/٢	» » » » » » »	٢	صفر
١٢/٣	» » » » » » »	١	صفر

وبعد ما نكون قد فرغنا من تحديد الوقت اللازم لكل عمل أو مهمة ، يعطى المريض تعليمات مفادها أن يضع لكل عمل من الأعمال أ ، ب ، ج الوقت المحدد لكل منه على حدة فى مكانه بالبرنامج أو الجدول اليومى . ولو تصادف أن واجه المريض يوماً مكدساً بالأعمال لدرجة لا تطاق بحيث أصبحت استراتيجية تنظيم الوقت حسب الجدول غير ملائمة ، يوجه المرضى – كل منهم على حدة – أن يضعوا قائمة بثلاثة أعمال رئيسية هى أ ، ب ، ج ، ويشطبون بقية الأعمال

(1) goal - setting list .

الأخرى من السجل اليومى للأعمال . وعلى الرغم من أن ذلك أمر لم يقيم وفقاً للخطوات العلاجية المحكمة حتى يومنا هذا ، فإن خبرتنا العيادية تفترض أن استيراتيجيات إدارة الوقت هذه يمكن أن تكون مفيدة فى تخفيض مستويات الضغوط النفسية اليومية للمرضى فى مقابل زيادة قدرتهم بالسيطرة والتحكم فى حياتهم يوماً بيوم .

حل المشكلات :

يعد مكون حل المشكلات آخر عناصر برنامجنا العلاجى لاضطراب القلق العام . ووفقا لكل من مايكينباوم Meichenbaum وجارمكو Jaremko (١٩٨٣) ، نقوم بتقديم هذا الأسلوب للمرضى مع ملاحظة أن الأفراد غالباً ما يواجههم نمطين من الصعوبات عند حلهم لأية مشكلة ، هما : (١) رؤية المشكلة وإدراكها بطرق مأساوية ، وغامضة وعامة ، (٢) والفشل فى توليد أية حلول ممكنة . ونواجه الصعوبة الأولى عن طريق تعليم المريض تحديد مشكلاته فى مصطلحات محددة، وأن يقسمها إلى مشكلات أصغر ، أى أجزاء تكون سهلة التناول (وهى أجزاء المشكلة التى تم مواجهتها بالفعل أثناء ممارسة العلاج أو شيئاً شبيهاً بذلك) .

أما الصعوبة الثانية فيتم مواجهتها عن طريق تعليم المريض (أو المرضى) أن يقدحوا زناد أفكارهم والعصف الذهنى لوضع حلول للمشكلة التى تواجههم . فعلى سبيل المثال ، يشكوا بعض المرضى من المتاعب التى يعانون منها عندما تكون الإصلاحات اللازمة لسياراتهم غالية الثمن ومكلفة . ويمكن للمعالج مساعدة المريض على توليد عدد كبير من الحلول الممكنة لهذه المعضلة ، بحيث تكون كلها حلولاً منطقية وقابلة للتنفيذ على وجهها الصحيح (مثال ذلك ، يشترى المريض سيارة أخرى مستعملة ، أو يشترى سيارة جديدة ، يتوجه لميكانيكى آخر ، وأن يثمنها بهدوء أو يأخذ قسيمة تأمينها) . وبعد انتهائنا من توليد جمع كبير من الحلول الممكنة ، يتم تقييم كل حل منها على حدة لتحديد أى منها هو الحل العملى، ويمكن تحديد الهدف النهائى لاختيار الحل الملائم للمشكلة والتصرف على أساسه (وهو حل أغلب الظن أنه لم يكن حلاً متصوراً من قبل القيام بعملية المفاكرة) . ونذكر للمرضى أنه مع كثرة الممارسة والتدريب ، فإن توليد الحلول المفاكرة يمكن إنجازها بشكل أكثر كفاءة (يتبدى ذلك من خلال حاجتنا لوقت ومجهود أقل من السابق) .

وبالإضافة إلى تيسير التوصل لحل للمشكلة المطروحة ، فثمة فائدة أخرى يقدمها لنا هذا الأسلوب مؤداها أنه ينمى قدرات المرضى على التفكير والبحث عن حلول بشكل مختلف فى حياتهم ويمكنهم من التركيز على الحلول الواقعية أكثر من تركيزهم على الحلول المأساوية التى تجلب لهم القلق . وبهذا المعنى ، يمكن أن تتشابه فائدة حل المشكلات بآلية الحركة أو الفعل والنشاط التى نفترض أنها تكون مسئولة جزئياً عن كفاءة أسلوب أو عنصر التعرض للانزعاج .

دراسة حالة :

يمثل الحوار الذى يجرى بين المعالج النفسى ، والمريضة «كلير» جوهر برنامج علاج اضطرابات القلق ، وهو برنامج علاجى متعدد المكونات . وهو برنامج يقدم للمرضى ، كل منهم على حدة ، على مدى ثلاث عشرة جلسة ، مدة كل منها ساعة واحدة . ولأن كلا من المرضى والمعالجين المبتدئين تواجههم أشد الصعوبات فى تطبيق الاستراتيجيات المعرفية ، فإننا سنكثف الضوء على وصف هذه الأساليب بشدة من خلال صيغها الدقيقة التى سترد فى الجلسات العلاجية .

الجلسة الأولى :

تتصرف الجلسة الأولى للتعارف وبناء العلاقة بين المريض والمعالج ، بقدر ما توظف لاستعراض برنامج العلاج وإحاطة المريض به .

(المعالج النفسى) : لقد أعددنا هذا البرنامج العلاجى لمساعدتك فى تعلم مهارات مواجهة القلق العام وتطويرها ، فضلاً عن تدريبك على مهارات مقاومة القلق الشديد . ولأن البرنامج يتضمن كلا من التعلم والتدريب على بعض المهارات التطبيقية ، فسيكون هناك بعض التمرينات التى سنكلفك بإتقانها وممارستها فى جلساتنا العلاجية وفى البيت . وسنرتب لك الآن ثلاث عشرة جلسة ، يستغرق كل منها فى حدود الساعة . وبعد انتهائها ، سنلتقى دورياً على مدى اثنى عشر شهراً من المتابعة لنراقب مدى تحسنك ونحافظ على مكاسبك العلاجية ، ونحاول منع أى انتكاس لك . ونود يا سيدتى «كلير» أولاً ، أن نستمع منك لضروب المشكلات التى تعانى منها بحيث دفعتك للحضور للعيادة طلباً لهذا العلاج النفسى المتخصص .

دائم السفر لمسافات طويلة لأن هذه هى طبيعة عمله ، ولكن بعض هذه السفريات تتم بالسيارة ، وكثير منها يتم بالطائرة . ولأنه يعمل فى منطقة تقع على ساحل البحر الشمالى الشرقى ، ودائما ما يسافر فى الشتاء إليها ، فيكون مصدر انزعاجى وقلقى عليه هو الخوف من مواجهته للمناخ والطقس السيء مما قد يسبب له حادثة بالسيارة ، أو يحدث له مكروه لا سمح الله ، كسقوط الطائرة . ولدى هلع شديد عليه ، فما بالك بهلعى على ابنى ، فهو قد بدأ ممارسة اللعب مع فريق كرة القدم الممثل لجامعته ، ومن ثم فهو معرض للإصابة فى أى وقت . ويصيبنى انهيار عصبى عند مشاهدته يلعب مع فريقه ، لدرجة أننى توقفت عن الذهاب مع زوجى لمشاهدة مباريات فريقه ، علماً بأننى متأكدة من أنه سيحبط لعدم مشاهدتنا إياه أثناء اللعب ، ولكن ذلك ببساطة أمر شديد الوطأة على نفسى إذا ما فعلته ، وهذا هو عذرى الوحيد .

المعالج : لقد ذكرت كذلك أنك تنزعجين لأتفه الأسباب ولأمور لا قيمة لها ، فأرجو أن تذكرى لى بعض هذه الأمور التافهة .

كـــلير : مثلاً ، عندما يغادر ابنى غرفته ويتركها غير مرتبة ، أو عندما يترك حذاء زوجى بعض الآثار فى المنزل . فإن مثل هذه الأمور تغضبنى وتزعجنى جداً ، أنا أغبط نفسى على ترتيب بيتى ونظافته ، ونظافة حوائطه التى نستطيع الأكل عليها دون خوف من تلوثه . ولذا عندما لا يحرصان على نظافته مثلى أثور وأهيج عليهما ، وأتركهما دون تبرير ذلك .

المعالج : ما ذكرتيه يتفق تماماً مع الأعراض التى يعانى منها الأفراد الذين يصابون باضطراب القلق العام . فأسمحى لى أولاً أن أقدم لك عرضاً لطبيعة القلق .. القلق واحد من المشاعر الانفعالية التى تعانى منها كل الكائنات الحية ، ومن ثم فهذا أمر طبيعى ، ويمثل جانباً ضرورياً من جوانب حياتنا . ونحن كبشر نمر بخبرات القلق عند مواجهة بعض المواقف الخطيرة ، والمهددة ، أو التى تتحدانا وتهدد استقرارانا النفسى بطريقة أو بأخرى . فعلى سبيل المثال ، إذا كنت تتنزهين فى إحدى الغابات وسمعت حفيف أوراق الأشجار خلفك بصوت مرتفع ، فماذا

عساك تفكرين ؟ .

كـــلير : قد أتصور وجود أسد أو نمر جاء فجأة خلفى . ربما أحاول الاستمرار فى الوقوف مكانى والإنصات للتأكد من الصوت .

المعالج : حسنا ، من الناحية الجسمية ، قد تشعرين أحياناً بأن نبضات قلبك تدق بسرعة شديدة ، وأن التنفس أقصر وأسرع وأعمق ، وظهور بعض العرق . ويكون الجسم فى هذه الحالة وكأنه يستعد لمعركة ولقتال ضار أو كأنه يهرب من شر مستطير أو يتجنب خطراً محتملاً . إن نبضات القلب ودقاته تكون شديدة وسريعة لدرجة أن الدم سيتدفق سريعاً وينتشر فى مجموعات جسمك العضلية الأساسية فى الذراعين والفخذين . وتزداد سرعة التنفس عند استغراقك مع الحدث المزعج لدرجة أنك تحاولين إنقاذ نفسك من الإجهاد عن طريق الهروب أو الجرى أو العراك . إن تصبب العرق الذى يسبق حالة القلق الشديدة أو الذى يتزامن معها قد ينبؤك بأن موجة الانزعاج الشديد ستقع . وهذا هو سبب نشأة الحالة التى نطلق عليه اسم استجابة الهروب أو الهجوم . كذلك فإنه يبدو أنك عندما تتصورين حدوث شىء سىء مسبقاً ، فإنك تكونين فى وضع يسمح لك بالاستعداد للخطر القادم . عموماً كيف تكون استجابتك ، إذا استبدلت تفكيرك فى أن أسداً أو نمراً سيهجم عليك من الخلف ، بتفكير آخر مؤداه ، أن هذا الصوت مصدره سقوط فرع من فروع الأشجار ؟ .

كـــلير : ربما لا أشعر بالخوف أو التهديد على الإطلاق .

المعالج : إذن ، أنت تستطيعين أن تدركى الآن إلى أى مدى تكون أفكارك مسئولة عن تحديد مستوى قلقك . إن القلق يمكن أن يكون قلقاً منتجاً وقوة دافعة فى المواقف العادية . فمثلاً عندما كنت بالتعليم الجامعى ، كيف كنت تستعدى للامتحان ؟ .

كـــلير : كنت أدرس وأستذكر دروسى كما لو كنت استذكر بجنون قبل أسبوع من بدء الامتحانات ، وكنت أستمر فى مراجعة مذكراتى مرات عديدة لدرجة أنها تُطبع تماماً فى ذهنى .

المعالج : لماذا ؟ .

كـــلير : بسبب الخوف من الفشل ، كما أعتقد . أو ربما بسبب خوفى من هبوط معدلى الأكاديمى عن تقدير ممتاز .

المعالج : إذا لم تكونى على هذه الدرجة من القلق عند الاستذكار ، أو إذا لم تكن لديك هذه المعاناة من القلق ، كيف يكون حال تفكيرك ، وما كم الدروس ودرجة الاستعداد التى كنت ستكونين عليها .

كـــلير : أعتقد أننى كنت سأكون مثل معظم أصدقائى فى ظرف الامتحانات ، فهم يكونون راضين تماماً عن الاستذكار ليلة واحدة قبل حلول موعد الامتحان ، ويكون المعدل المرضى لهم ما بين جيد جداً وجيد على الأكثر .

المعالج : إذن ذلك مثال جيد يوضح لك إلى أي مدى يمكن أن يكون القلق مساعداً لنا على إنجاز الأهداف والمهمات التى نصبوا إليها . أما عندما يكون القلق شديداً فسوف يكون معوقاً ، لأنه سيتدخل ويمنع الاسترخاء الذى تريدينه ، ويجعلك مشدودة عصبياً دون مبرر كاف ، ويجعلك تشعرين بالتهديد دونما مصدر لذلك . سنركز فى تقديم العلاج على إزالة هذا القلق الشديد ، إزالة القلق الذى تعززه مصادر الإزعاج ، والقلق الذى يولد هذه الأعراض الجسمية التى تشعرين بها وتسيطر عليك طوال الوقت .

نحن نرى أن القلق ما هو إلا رد فعل لمنبه يمكن أن يكون داخلياً أو خارجياً . ومن أمثلة هذه المنبهات ، أفكارك الداخلية ، وإحساساتك الجسمية ، وأحداث ومواقف خارجية معينة ... وهكذا . ولأن القلق مجرد رد فعل لهذه المنبهات ، فيمكنك تعلم ضبطه والتحكم فيه عبر مجموعة من المهارات والتمرينات التى نصممها لمساعدتك فى إدارة نوبات القلق الشديدة التى تنتابك فى أوقات محدودة . ووفقاً لرأينا بأن القلق مجرد رد فعل ، سنقوم أيضاً بتجزئته إلى ثلاثة مكونات منفصلة ، وهى : المكون الجسمى ، والمكون المعرفى ، والمكون السلوكى . وقبل شرح كل مكون ، دعينى أسالك إذا طلب منك شخص ما أن تسترخى وتوقفى الانزعاج والقلق فى أى وقت كنوع من العلاج لقلقك . فهل تستجيبين ؟

كــــلير : نعم بكل تأكيد . فهذا الخط العلاجى يفضله زوجى على الدوام .

المعالج : وهل تجدين ذلك أمراً معيناً لك ويساعدك على التغلب على القلق؟

كــــلير : إطلاقاً ، لم يساعدنى على إيقاف القلق . والسبب ببساطة أن زوجى لم يعلمنى كيف أسترخى ، أو كيف أوقف خبرة الانزعاج .

المعالج : هذا هو السبب الفعلى . إذا تعاملنا مع القلق بهذه النظرة العامة ، يكون من الصعب جداً إمكانية ضبطه أو التحكم فيه . ولذا فمن الضرورى شرح قلقك وفقاً لمكوناته الثلاثة لأن ذلك سيكون مفيداً لك ، لأن كل مكون سيتم علاجه على حدة . فالمكون الجسمى لقلقك ستكشف عنه إحساساتك الجسمية التى تحدث أثناء القلق والانزعاج . وفى حالتك سيظهر هذا المكون فى صورة اضطرابات فى المعدة ، وشد عصبى ، وقابلية شديدة للتهيج والعصبية .. الخ . ويسمى المكون الثانى بالمكون المعرفى ، وتعكسه أفكارك التى تثور لديك أثناء القلق أو الانزعاج ، وينعكس المكون السلوكى – الثالث والأخير – فى سلوكات محددة تصدر أثناء معاناتك من القلق أو تالية لحدثوه . من أمثلة هذه التصرفات ، مغادرتك البيت مبكراً جداً حرصاً على مواعيد العمل ، وسرعة المشى ، والنقر السريع على الطاولة بالأصابع أو بالأقدام على الأرض ، ومحاولة بلوغ الكمال فى كل شيء ، والمثالية المفرطة ، والتسويف ، وتأجيل الأعمال ، والنظافة ، ومراجعة مفاتيح الأمن والسلامة ، وصكوك الأمن والسلامة ، والتأمين على الحياة .. وما أشبه . ومع الاستمرار فى الجلسات العلاجية سيكون من السهل علينا تحديد بعض هذه السلوكات . وتميل هذه التصرفات لتخفيض مستوى القلق على المدى القصير ، ولكنها فى الحقيقة تعمل على دعمه وتقويته والاستمرار فى المعاناة منه على المدى الطويل . ومن زوايا متعددة للنظر ، فإن هذه التصرفات تشبه أفكارك المقلقة . وبمرور الوقت ، ومع تكرار ممارستها وترددها عليك ، تكتسب طبيعة أخرى ، هى الطبيعة الآلية التلقائية بالنسبة لك .

ويعد الانزعاج ظاهرة خطيرة جداً . فنحن كبشر ننزعج لدرجة أننا نستعد بجدية وكأننا مستقبلاً سنكون أمام خطر أو تهديد عظيم . الانزعاج فى حدوده المعتدلة يساعدنا على حل المشكلات ، وربما

بالصدفة تحدث الأشياء التى تهددنا الآن فى المستقبل . وبالتفكير فى كل ما يعن لنا من أشياء تثير انزعاجنا ، يمكننا التوصل إلى عدد متباين من الحلول وعدد من البدائل المناسبة لما كنا قد تنبأنا به فى هذا الموقف . وإذا لم نسمح لأنفسنا بالتفكير فى كل هذه الأشياء التى تسبب انزعاجنا ، ونتصور أسوأ الاحتمالات التى ستترتب على كل منها مستقبلاً ، فإن مستوى الانزعاج والقلق سيظل فى زيادة مستمرة ومطردة . وأنت يا كلير كنت قد ذكرت آنفاً أنك كنت تنزعجين على أوقات المحاضرات ومواعيدها وبقائك فيها فى تعليمك الجامعى . فلماذا كان يحدث ذلك ؟ .

كـــلير : السبب أن المحاضرين كانوا أشداء ومنضبطين جدا ، وقد يسجلونك مع الغائبين ويرسلون لك الانذارات إذا ما أتيت متأخرا عن بداية المحاضرة ، وقد يهدرون بعض الدرجات مقابل الغياب أو التأخير .

المعالج : وما الضرر الذى سيترتب على ذلك بالنسبة لك ؟

كـــلير : تدنى المعدل الأكاديمى بالنسبة لزملاء الفصل أو الفرقة . وأنا كنت أحاول عدم التأخير حتى أتفادى إهدار بعض الدرجات من معدلى لأحتفظ دائماً بالمستوى الممتاز .

المعالج : وماذا يحدث إذا ما وصلت للمحاضرات متأخرة عدداً من المرات؟

كـــلير : كانت معدلاتى ستنخفض وكنت سأتخرج بدون حصولى على تقدير ممتاز مع مرتبة الشرف ، وكان والداى سيصابان بخيبة أمل فى ابنتهما .

المعالج : وما الذى سيترتب على ذلك ؟

كـــلير : لست متأكدة ولا أدرى ماذا كان سيحدث . ربما لا يدفعان لى مصاريف ورسوم التحاقى بالكلية ولا رسوم تعليمى أو شىء من هذا القبيل . وبدورى لم أكن لأستطيع تسديد الرسوم ، وربما كنت سأفقد فرصة الالتحاق بالتعليم الجامعى ، وهذا يعد شيئاً فظيعاً بالنسبة لى . وربما لم أكن قد التقيت بزوجى الحالى نهائياً ، أو حصلت على وظيفتى الحالية ، وعجزت عن دفع مصاريفى الراهنة .

المعالج : على ضوء توقعاتك ، أنا أشعر الآن إلى أى مدى أنت تعانين من

الانزعاج والقلق ، ولكن أتعتقدين حقا أن والديك كانا لن يدفعا لك رسوم العليم إذا قل معدلك الأكاديمى عن تقدير ممتاز ؟ .

كـــلير : على ضوء ما حدث فى الماضى أيام أن كنت فى التعليم الجامعى ، ربما لم يحدث لأن إخوتى البنات كن لا يحصلن على هذا التقدير خلال تعليمهن الثانوى ، وكان والداى يدفعان لهن رسوم التعليم .

المعالج : وفقا لتجنبك التفكير فيما يترتب على هذه المواقف من احتمالات سيئة ، ولم تتساءلى عن أسوأ الظروف التى يمكن أن تترتب على هذه الأحداث ، فكانت النتيجة مزيد من دعم الأفكار التى تسبب لك الانزعاج ، بحيث شغلتك أثناء الدراسة . ولكن مع استمرار الجلسات العلاجية ، سنختبر مصادر انزعاجك بالطريقة نفسها ، وعليك أن تستثيرى الأفكار التى تسبب لك القلق والانزعاج بطريقة منظمة لدرجة أنك تتغلبين عليها ، لكى تتعلمين الاقتراب منها ومناقشتها والسيطرة عليها دون تجنبها . وسوف تتعلمين أيضاً تحديد هذه الأفكار وإيقافها لأنها مثيرة للقلق ، كما تتعلمين كيفية الاسترخاء جسدياً وعضلياً للسيطرة على جسمك بالكامل ، وتتعلمين أخيراً تغيير بعض أنماط الأفكار المثيرة لقلقك وانزعاجك والمتصلة فى الوقت نفسه بأنماط السلوك وتستبدليها ببعض الأفكار الإيجابية التى يكون لها تأثير على المدى الطويل فى تقليل قلقك . هل اتضح لك البرنا مج العلاجى ؟ .

كـــلير : نعم ، ممتاز جداً .

المعالج : حسنٌ . ثمة عنصر آخر مهم فى هذا البرنامج العلاجى ، ألا وهو المراقبة الذاتية والواجب المنزلى ، ستسمح لك عملية المراقبة الذاتية لمستويات قلقك وانزعاجك أن تكونى مراقبة أشد دقة لخبراتك وأفكارك . فأحيانا يذكر لنا بعض مرضانا أنهم يشعرون بالقلق باستمرار ، ولكن عندما يبدأون فى مراقبة أنفسهم ، نكتشف أن بعضهم خلال بضع أيام الأسبوع يكون أحسن أو أسوأ من بعضهم الآخر من حيث الشكوى من القلق . وهناك ميزة أخرى لعمليات المراقبة الذاتية تتمثل فى قدرتها على تزويدك أو إمدادك بفهم أكثر موضوعية لقلقك . وسوف تشعرين أنك لست ضحية ولا مثل الضحية للقلق ولكنك ستشعرين أنك مثل العالم

الذى يحاول تحديد مستوى قلقك واختباره وفحصه . وعن طريق مراقبتك لدرجة تحسنك ، نستطيع تقويم مدى فعالية البرنامج العلاجى الذى قدمناه لك وإدخال أى تعديلات عليه نرى أنها ضرورية لعلاجك خلال ما سيأتى من جلسات . وأخيراً ، لأننا سوف نحدد لك بعض الواجبات المنزلية باستمرار ، فسوف تتعلمين الاستراتيجيات السابقة بشكل سريع جداً إذا ما راقبت نفسك بطريقة متسقة . ربما تعانين من زيادة مؤقتة فى مستوى قلقك عندما تبدأين لأول مرة فى مراقبة ذاتك وعندما تحاولين إنجاز الواجب المنزلى ، وهذا أمر طبيعى جدا لا تخافينه. وربما يكون سبب هذه الزيادة المؤقتة أنك تواجهين قلقك بجدية لأول مرة فى حياتك . وهذه أيضاً علامة جيدة على أننا نسير فى الخط الصحيح للعلاج وتحديد مستوى قلقك وكيفية مواجهته [أعطينا المريضة تعليمات محددة لكيفية استخدام سجلات القلق والاكتئاب الأسبوعية وملء جدول المراقبة الذاتية] .

الجلسة الثانية :

فى هذه الجلسة يبدأ المعالج إجراء مراجعة مختصرة للمراقبة الذاتية على مدى الأسبوع الماضى ، ويكرر ذكر منطق العلاج الذى شرحه فى الجلسة الأولى السابقة .

المعالج : دعينا نبدأ جلسة اليوم بمراجعة الجداول أو سجلات الواجبات والمراقبة الذاتية الأسبوعية . يبدو أنه على الرغم من أن مستوى قلقك قد انخفض قليلاً فى الأيام من عشرين وحتى الثانى والعشرين ، فإنك قد خبرْت معدلات مرتفعة له تقع ما بين ست وسبع درجات (راجع الشكل ٤ -٢) .

كـــلير : نعم ، تلك الأيام كانت متعبة لى . فقد سافر زوجى سفراً طويلاً من أجل عمله لمدة يومين ، وكنت شديدة القلق عليه بسبب سفره الطويل هذا . فكما تعلم ، أن هذا الأمر يقلقنى جداً رغم تجربتى له كثيراً وأنه دائماً يأتى معافى تماماً ، ولكن قلقى عليه يكون بسبب سوء الأحوال الجوية أو بسبب الحوادث . فهو بالطبع يعود للبيت بسلام ، ولكن الصعوبة تكمن فى وداعه عند سفره فى كل مرة . ولذا باستمرار يتصل بى هاتفياً عند

وصوله للفندق وقبل نومه كل ليلة طوال أيام السفر ، لكى أهدأ وأشعر بالاطمئنان إلى حد ما .

المعالج : أنا مسرور لأنك ذكرت أنك تجعلين زوجك يتصل بك مرات عديدة خلال سفره ، فهل يتصل بك بانتظام أثناء إنجاز العمل ؟

كـــلير : نعم ، هو يفعل ذلك لأنه يعلم أن ذلك يجعلنى أفضل ويسبب تحسن حالتى . ولكنى أعتقد أن ذلك يسبب له بعض الإنزعاج والغضب كزوجة مربكة له .

المعالج : على العموم ، هذه معلومات مفيدة لنا لنتأمل الموقف كاملاً ، ونراقب أنماط السلوك التى يكون عليك القيام بها للتخلص من قلقك قريباً جداً .

لمراجعة بعض النقاط التى ذكرناها فى الجلسة السابقة . أذكرك بأن البرنامج العلاجى سيستمر لمدة سنة . تستغرق الجلسات الثلاث عشرة خمسة عشر أسبوعاً بواقع جلسة لكل أسبوع ماعدا الجلستين الثانية عشر والثالثة عشر بواقع جلسة كل أسبوعين . ومن الضرورى أن تمارسى بانتظام الاستيراتيجيات التى شرحناها لك مسبقاً طوال الجلسات التالية لدرجة التمكن ، وحتى تحل الأفكار الإيجابية محل الأفكار السلبية ، ولكى تتخلصى من الأفكار المتلعقة وأنماط السلوك التى تسبب لك هذه المستويات الشديدة من القلق والانزعاج . فأنت مثلاً عندما تراجعين طبيب الأسنان لفحص محدد ، فلن تتوقفى عن تنفيذ نصيحته باستمرار استخدامك لفرشاة الأسنان ، صحيح وحق أم لا ؟ فنحن نوظف المبدأ نفسه هنا ، بأن التثبيت التام لهذه المهارات يستغرق وقتاً وممارسة يومية .

وكما ذكرت لك فى الأسبوع الماضى ، فإن الانزعاج والقلق ما هما إلا استجابات طبيعية للخطر والتهديد . ومن ثم فإن الوظيفة الأساسية للقلق هى حماية الجسم والاستعداد من أجل البقاء والبدء إما فى الهرب أو الهجوم . إن الجانب الجسمى من القلق مسئول عن تنشيط إحسا سات محددة بشكل آلى وذلك بهدف إعداد الجسم وتجهيزه لمواجهة مصادر التهديد . وتعد استجابات الهروب أو الهجوم جزءاً من نشاطات الجهاز العصبى المستقل الذى يتكون من شقيه التعاطفى واللاتعاطفى . ومهمة الجهاز العصبى المستقل بشقه التعاطفى النشاط لمواجهة الأخطار ، وكونه مسئولاً عن إرسال نبضات عصبية للغدة الأدرينالية . وتقوم الغدة الأدرينالية بإطلاق بعض الهرومونات ذات الطبيعة الكيميائية العصبية

كالأدرينالين والنورأدرينالين ، وهما الهرمونان اللذان يقومان بإرسال نبضات عصبية للجسم كإشارة لإعداده للتصرف ومواجهة أية أخطار . ومن ناحية أخرى، تتمثل مهمة الجهاز العصبى المستقل بشقه اللاتعاطفى فى إعادة التوازن للجهاز العصبى الذاتى ، وإرجاع الجسم لحالته الطبيعية الهادئة . فأنت عندما تكونين قلقة، فإن جهازك العصبى الذاتى يحرك ويحفز مجموعة متباينة من المنظومات الجسمية ، مثل الجهاز القلبى الوعائى ، وأجهزة التنفس ، والأجهزة الهضمية . ومن ثم فإن دقات قلبك ونبضاته مثلاً ربما تشعرك بقصر قليل فى التنفس ، وربما ترتبك عمليات الهضم مما قد ينتج عنه مشاعر بالدوخة والدوار والقلق والاختلاط.

إن المكون أو العنصر الثانى من عناصر تصورنا النظرى للقلق هو المكون المعرفى . ويشير هذا المكون إلى أفكارك المحددة وتنبؤاتك المصاحبة للموقف عندما تبدأ استجابات التجنب والهروب أو الهجوم . ويعد الانزعاج بسبب موقف ما مجرد محاولة لحل مشكلة تتصل بتهديد أو خطر مستقبلى يشعر الفرد أنه أمر وشيك الوقوع . فإذا ما قلقت أو انزعجت ، فإن بؤرة تركيز انتباهك تنْصرف إلى مصادر التهديد المحتملة ، ومن ثم فإنه سيكون من الصعب حينئذ التركيز على أشياء أخرى تحيط بك من كل جانب لدرجة أنك لا تستطعين أيقاف الشعور بالتهديد والقلق من الخطر المحتمل . ولأن تركيزك قد اضطرب ، فإنك قد تمرِّين أو تخبرين النسيان وضعف الذاكرة . ولكن ذلك لا يعنى إطلاقاً أنك فقدت عقلك أو ذهنك أو قدراتك العقلية . بالإضافة إلى ما سبق ، فإن قلقك وانزعاجك يتداخل مع قدراتك الخاصة بالانتباه لمصادر المعلومات التى ترد إلى ذهنك اللهم إلا تركيزك على مصادر الخطر والتهديد التى تظنين أنها ستقع لك فى المستقبل المنظور . وهذا العجز فى تركيز الانتباه على المهمات المطلوب إنجازها عجز وقائى ، بمعنى أنك عندما تواجهين بتهديد أو خطر حقيقى ، تكونين بحاجة للتركيز التام على ما يمكن أن يجرى حولك من مواقف وأحداث .

ومن الناحية السلوكية ، عندما تكونين قلقة ، ربما تصدر منك أنماط سلوكية محددة تحرصين عليها لتخفيض أو لتزويد مستوى قلقك . وتسبب الحركات التلقائية التى تحدث بشكل متكرر كقطع الشقة أو الغرفة ذهاباً وإياباً ، أو حركات القدم ، أو الطرق بالأصابع ، أو النقر المتواصل بها إلى آخره من هذه الحركات اللاإرادية ، كالتنظيف المستمر للمكان ، تسبب إطلاق مزيد من الطاقة مما يساعد

على تشتيتك وعدم السيطرة على أفكارك بالدرجة الأولى . وبالطريقة نفسها يتم التسويف وتأجيل الأعمال ، وهذه إحدى الطرق الشائعة التى يحاول من خلالها مرضى القلق تجنب الشعور بالقلق إزاء المهمات التى لم تنجز بحجة أنهم لا يستطيعون التركيز . وربما ينشأ عدم التركيز من الخوف من الفشل أو الخوف من العجز عن إنجاز عمل ما بشكل متقن . لقد ذكرت لنا آنفاً أنك غالباً ما تشعرين بالقابلية للإثارة وشدة الغضب وسرعة التهيج ، مما يعد مظهراً آخر من مظاهر القلق السلوكية الشائعة . وكذلك عندما نكون قلقين قد نفعل أشياء أخرى لتساعدنا على تخفيض مستويات قلقنا وانزعاجنا . وبالنسبة لك ، فإن الذى يد فع زوجك للاتصال بك عدداً كبيراً من المرات تليفونياً هو قلقه عليك ، وهو حينما يفعل ذلك يسعى لتخفيض قلقه عليك والتأكد من أنك فى أمان ومساعدتك فى تخفيض قلقك عليه . ومثال آخر ذكرته لنا قبل قليل هو توقفك وامتناعك عن الذهاب لمشاهدة مباريات كرة القدم التى يشارك فيها ابنك بسبب قلقك أثناء مشاهدته وهو يلعب توقعاً منك بما قد يقع له من إصابات . وعلى الرغم من أنك قد تشعرين شعوراً مؤقتاً بأن حالتك أحسن نظراً لعدم مشاهدة مبارياته ، فإنك تدعمين اعتقادك القلق فى الوقت نفسه بأن شيئاً ما خطراً سيحدث لابنك فى ميدان رياضة كرة القدم .

كـــلير : إنك على حق تماماً فى كل ما قلته ، ولكنى لن أتحمل مطلقاً رؤية أبنى وهو مصاب ، أو يؤذى . إن ذلك يربكنى ويزعجنى تماماً ، ولذا فإن من الأيسر علىّ تجنب الذهاب لمشاهدة المباريات حتى إذا ما وقع له أى مكروه أو إصابة ، يكون ذلك بعيداً عن رؤيتى لها وهى تحدث .

المعالج : إنك تبدين تماماً وكأنك مقتنعة بأن ابنك سوف تحدث له إصابة أو أذى محقق لا مفر منه مادام يمارس رياضة كرة القدم ، مع العلم بأن الأخطار المحتملة فى هذه الرياضة قليلة جداً بالنسبة لغيرها . إن إحجامك عن الذهاب للمباريات معناه أنك فعلاً تصدقين نفسك بأن الأخطار المحيطة بابنك مبالغ فيها وتعد أكثر من حقيقتها الفعلية فى هذا الميدان . وتبدين أيضاً وكأنك تنبأت بأنك ستكونين عاجزة تماماً عن رؤية ابنك مصاباً لأى سبب من الأسباب . ألم ترين على مدى حياتك شخصاً ما قد أصيب أو حدث له أذى ؟

كـــلير : فترة صمت ثم قالت نعم ، لقد اصطدم زوجى بمدافع من الفريق المنافس أثناء مباراة للكرة مما عرضه للإصابة وعولج بمجموعة من الغرز فى جبهته .

المعالج : وهل كنت ساعتها قادرة على تحمل رؤيته مصاباً ؟

كـــلير : بشق الأنفس تحاملت على نفسى حتى أصل به إلى المستشفى لإسعافه ، ولكننى قد انهرت تماماً بعد وصولى هناك بالسيارة .

المعالج : النقطة الأساسية هنا فى الموضوع أنك على الرغم من قلقك الذى لا يطاق إزاء هذا الموقف ، استطعت حقيقة مواجهته وأنقذت زوجك من الإصابة . سنعود لمناقشة بعض هذه المفاهيم فى جلسة أخرى متأخرة . والآن أريد أن أوضح لك كيف يمكن أن يتفاقم الانزعاج الشديد والقلق .

كـــلير : حتى يكون من السهل عليك التعامل مع حالتى ، أود أن أخبرك ببعض الأمور . إن والداى كلاهما ينزعج ويقلق لأتفه الأمور التى يفكران فيها ولو لمدة خمس دقائق فقط ، ويظلان دائماً فى حالة من القلق الدائم . وكان علىّ الاتصال بهما هاتفياً إذا ما خرجت فى أى وقت لأطمئنهما علىّ أو كان على الأحتفاظ بحجرتى نظيفة جداً ، وكنت أحياناً أكذب بعض الكذب الخفيف الذى لا يتصل بشىء مخيف لمعرفتى بأن إثارة بعض الأمور التافهة ستقلقهم تماماً علىّ ، مثال ذلك كنت أريد اللحاق بمكتب حجز تذاكر السفر قبل أن يغلق أبوابه ، فكان علىّ قيادة سيارتى بسرعة تزيد عشرة أميال عن السرعة المحددة ، وإلا لن أحصل على تذكرة سفر ، وكانت لى رخصة قيادة . وبالطبع لو كنت أخبرتهم بأننى قد زدت سرعة السيارة إلى هذا المدى ، كان قلقهما الشديد وانزعاجهما من هذا الأمر جعلهما يمنعانى من قيادة السيارة تماماً مرة ثانية . ولذلك فقد ذكرت لهما أننى ذهبت للمكتبة العامة لإعادة بعض الكتب . إن ذلك أمر هزلى مضحك ، ولكن منذ ذلك اليوم ، لم أزد السرعة عن حدودها ، ولكن عند مشاهدتى لدوريات السيارات أثناء قيادتى لسيارتى تبدأ أقدار متزايدة من القلق فى التسرب لى .

المعالج : إنه أمر حقيقى أن تعانى من القلق لأنك نشأت مع والدين يعدان نموذجاً للقلق وفى أسرة تحيطك بأنماط من السلوك القلق من كل جانب . ولكن

وجود والدين قلقين ليس معناه بالضرورة أن تكون ابنتهما قلقة خاصة بعد بلوغها سن الرشد . إن عوامل عديدة تتداخل لتسهم فى إنتاج القلق والانزعاج الشديد . وتشمل هذه العوامل الاستجابية الجسمية[1] أو الاستثارة العامة الشديدة لكل أنواع الأحداث الإيجابية والسلبية . هل أنت من النمط الذى تقلقه أو تثيره الأحداث بسهولة ، مثلاً عندما تشاهدين فليماً مأساوياً أو تحضرين حفلة زفاف أو عرس ؟ .

كـــلير : بالتحديد فعلاً .

المعالج : نحن نشير إلى هذا الميل أو الاستعداد على أنه استعداد للاستثارة الشديدة أو على أنك «ذات تكوين عاطفى» ويبدو أن جزءاً من هذا الاستعداد للاستثارة الشديدة يعد جزءاً فطرياً موروثاً ، بينما يتم اكتساب الجزء الآخر منه من خلال تعلمك من بيئتك الاجتماعية . وربما توجد عوامل أخرى تكون مسئولة عن القلق والانزعاج الشديد وتمثل استعداداً لإدراك الفرد للعالم من حوله كعالم خطر ومكان مثير للتهديد ، متزامناً مع استعداد للشعور بالحاجة للتحكم فى الأشياء التى تحدث فى حياتك .

وطبقاً لهذه العوامل ، يمكن لخبرات الحياة ومثيرات المشقة أن تسبب مزيداً من القلق الشديد والانزعاج . فمن الممكن فى حالتك يا كلير ، أن تكون الخبرات التى مررت بها فى المرحلة الثانوية والتعليم الجامعى ومن زملاء الدراسة والأصدقاء .. من الممكن أن تكون كلها مثيرات للمشقة وترفع معدلات القلق لديك منذ البداية ، ولأن هذه المثيرات لم تعد - بالطبع - فى الصورة ، فسنبدأ فى تحديد المثيرات الراهنة والعوامل المسببة لاستمرار قلقك وانزعاجك .

وهناك عوامل عديدة تسبب القلق الشديد . أحدهما هو الاستعداد لمحاولة مقاومة الانزعاج أو لمحاولة صرف النظر والانتباه عن مصدر الانزعاج من دون وضع حل نهائى للأفكار التى تتردد فى الذهن . هل وجدت نفسك مرة من المرات تحاولين التفكير فى شئ ما آخر عندما تبدأين رحلة القلق والانزعاج ؟ .

كـــلير : بالتأكيد طوال الوقت ، باستمرار أحاول أن أكون مشغولة مما يساعدنى أحياناً على صرف وتحويل انتباهى ودفة تفكيرى بعيداً عما يقلقنى .

(1) Physical responsivity .

المعالج : وعامل آخر يرجع إلى التدخل فى القدرة على حل المشكلات بفعالية مؤداه الاستثارة الانفعالية الشديدة . ولأنك تعانين من حالة قلق متكررة نسبياً ومن شدة الاستثارة الانفعالية ، فربما تركزين على كل الأشياء السلبية المحتملة بطريقة لا يمكن تحملها ، بينما لا تعيرين أى انتباه للأمور الأكثر واقعية والبدائل الأقل تهديداً وغير المشحونة انفعالياً . ومن الممكن أيضاً أن يقوم الانزعاج أو القلق بوظيفة خرافية(1) لدى بعض الأفراد الذين يقلقون بشدة لدرجة أنهم يعتقدون أن القلق إشارة أو علامة على الشخص حى الضمير .

وفقاً لبرنامجنا العلاجى ، نحن نستهدف علاج المكونات الثلاثة للقلق مستخدمين خططا تم تصميمها بشكل محدد لكل مكون منها على حدة . أول هذه الاستيراتيجيات التى يجب تعلمها تسمى أسلوب الاسترخاء العضلى التصاعدى(2) مستخدمين خلاله الشد العصبى وتخليص عضلاتك منه بالاسترخاء لتقليل قلقك الجسمانى . ويلى ذلك ، تعليمك طرقاً صممت للهجوم المضاد لتنبئواتك السلبية ولتطوير أفكار واقعية خلال المعاناة من القلق . وسوف تتعلمين أيضاً فك الرابطة المكتسبة والتلقائية بين الاستثارة الانفعالية الشديدة والأفكار أو الصور الذهنية التى تستثير قلقك . وسيتم إنجاز كل هذه الأساليب بتعلمك إياها بشكل منظم حتى تواجهين قلقك بشكل منظم ومضبوط . وأخيراً ، سيكون عليك تطوير القدرة التى تكفل لك ممارسة بعض أنماط السلوك أو النشاطات التى تجعلك تتحاشين مواجهة القلق ، وتغيير السلوك الذى يدعم قلقك ، لدرجة أنك تستطيعين اختبار بعض تنبؤاتك السلبية لمصادر القلق الخارجية إذا ما أردت ذلك بحيث لا تستحوذ على مشاعرك .

خلال هذا الأسبوع ، من المهم أن تنتبهى بشدة لأنماط الأفكار التى تشغلك عندما تقلقين أو تنزعجين وتوجهين انتباهاً خاصاً للإحساسات الجسمية وأنماط السلوك التى تصاحب هذه الأفكار المقلقة أو المزعجة .

(1) Superstitious function .
(2) progressive Muscle relaxation .

الجلسة الثالثة :

المعالج : اليوم ، سنتعلم الاسترخاء العضلى التصاعدى . أولا : حدثينى عن قلقك وانزعاجك خلال الأسبوع الماضى .

كـــلير : كان شديداً تماماً . لقد كُسرت ساق أحد زملاء ابنى الذين يمثلون فريق كرة القدم فى مشاجرة عنيفة قبل بدء المباراة . فكسرت ساقه فى مكانين مختلفين ، ومن ثم سيظل بعيداً عن المشاركة طوال الموسم الرياضى . وهذا سبب عقدتى من هذه الرياضة وأكتملت دائرة القلق الشديد بداخلى . وكان ابنى واقفاً خلف زميله إلى اليمين منه قليلاً عندما حدث له ذلك . وحتى تبلغ الأمور ذروتها ، قمت بزيارة زميل ابنى أ ثناء علاجه فى نهاية الأسبوع ، وعلى غير المتوقع أصبحت كالحالة المشلولة الميئوس منها ومن ثم حاولت أن أشغل نفسى بعد عودتى من الزيارة بإعداد وجبات شهية حتى أستعد لاستقبالهما – ابنى وزميله – حتى أشعرهما بكل الرضا والسعادة . وبشكل طبيعى ، عندما عاد زوجى ووجد أمامه مثل هذه الأحداث وهذا الكم من الانزعاج ، بدأت تثيره وتضايقه مشاعر القلق ، وبدأ ينشغل بعيداً عنا . ولذا فقد أمضيت ثلاثة أيام شديدة القلق ، ومكثت أكتب عن قلقى ومشاعرى بما يعادل ٧٥٪ من اليوم ، وهذا ما سجلته لك فى السجلات الأسبوعية التى أعطيتها لى ، كما أننى لم أحرز إلا قدراً يسيراً من المراقبة الذاتية لأنها تحتاج إلى أوقات محددة بعيداً عن الجدول اليومى لما أنجزه من أعمال . لكن على كل الأحوال أنا لم أهملها كلية فقد حققت قدراً بسيطاً من التحكم فى القلق . إنه مما يثير الشفقة والشجن أننى أضعت عطلة نهاية الأسبوع فى القلق حول أشياء غبية مثل تناول العشاء داخل البيت ، ومطالعة القوانين وذلك فى حجرة الضيوف ، وفقاً لما دونته لك فى جدول الأفكار والإدراكات .

المعالج : شىء عظيم جداً أنك راقبت نفسك بشكل منتظم ، إن كم الوقت الذى أنفقتيه فى المراقبة وممارسة المهارات سيرتبط مباشرة بكم الفائدة التى ستحصلين عليها من هذا البرنامج العلاجى .

استحضرى صور الشد العصبى العام والاستثارة الشديدة التى سببت قلقك الشديد والتى ربما يكون قد نشأ عنها الانزعاج المفرط . وعن طريق تعلم كيفية استرخاء عضلاتك الجسمية ، يمكنك إيقاف قلقك ليتخذ سبيلاً آخر ، وتستطيعين مساعدة نفسك للشعور بالتحسن فى أحوالك الجسمية . ويتضمن تمرين الاسترخاء العضلى التصاعدى شد العضلات عصبياً وإرخائها حتى يتبدد هذا الشد . وسنبدأ بعدد وافر من المجموعات العضلية التى يتم تدريبها على الاسترخاء ، ونقلل هذه المجموعات كلما ازدادات مهاراتك فى الاسترخاء . وسنبدأ التمرين على ست عشرة مجموعة عضلية ، تنخفض مع تقدم مهارتك فى الاسترخاء إلى ثمانية ، فأخيراً التدريب على أربع مجموعات فقط ، وسيستغرق التمرين فى بداياته الأولى ثلاثين دقيقة .، وبالتدريج ستحتاجين إلى وقت أقل حتى تستغرقين فى الاسترخاء تماماً . وتذكرى أو انتبهى ، أنه لأن الاسترخاء مهارة ، فلكى تتعليمها وتتقينها لابد من تفريغ بعض الوقت لممارستها حتى تصبحى خبيرة فيها . ومع ذلك عند ممارسة الاسترخاء الآن ، سوف تشعرين ببعض الآثار مباشرة الآن .

كـــلير : أعرف أنه لابد من تفريغ بعض الوقت للواجب المنزلى ، ولكن ثلاثين دقيقة تبدو لى وكأنها وقتاً طويلاً .

المعالج : يبدو أن الإحساس بالوقت يمثل نوعاً من الضغط يضاف إلى شعورك بالقلق . ولكى يخف هذا الشعور فكّرى فيه على هذا النحو ، علىّ أن أمارس الاسترخاء يومياً ، لأننى أفعل شيئاً مهما سيساعدنى على التخلص من القلق الجسمى والانفعالى . إن كل الأشياء الأخرى التى ستستمر فى حياتك وعليك إنجازها خلال جداول زمنية محددة يمكن أن تؤجل قليلاً . ومع ذلك إذا ما حاولت أداء تمرينات الاسترخاء بهدف إتقانها ، يمكنك أداءها فى الأوقات ما بين إنجازك للأعمال الأخرى وفقاً لجدول الانجاز اليومى ، ومن ثم لن يمثل هذا الوقت أى ضغوط عليك ، ولكن إن لم تفعلى ذلك لن تتْقنى الاسترخاء على الإطلاق . ومن المفضل أن تؤدى تمرينات الاسترخاء فى الأوقات الهادئة نفسياً ، وحيث لا تكونى تحت ضغط المسئوليات الأخرى .

ويبدأ الإجراء بالشد العصبى فى العضلات ثم استرخائها أو تفريغها من الشد والتوتر . وعن طريق الشد والتوتر ، تستطيعين إبراز الشعور بالراحة والاسترخاء مثلما تميزين على مدى اليوم بين نوبات الشد التى تتسرب بلا وعى

لعضلاتك الجسمية . إن شد العضلات عصبياً لا يسبب أى آلام فيها ، ولكنه مجرد إحساس بالتوتر أو الضغط العصبى . وعليك أن تبدأى التمرين بالشد ثم الرا حة والاسترخاء لعضلات أسفل وأعلى الذراعين ثم أسفل وأعلى الساقين ، فعضلات البطن ، والصدر ، فالكتفين ، فالرقبة ، والوجه ، ثم العينين ، وأخيراً أسفل وأعلى الجبهة .

لتكونى حريصة تماماً على ممارسة التمرينات منذ البداية فى أماكن هادئة ولا تثير التشتيت . إن التركيز عنصر أساسى فى تعلم كيفية الاسترخاء ، لأنك ستكونين بحاجة لوجودك فى بيئة يمكنك فيها تركيز انتباهك تماماً على إحساسات الشد العصبى وتفريغه وتخليص عضلاتك منه . وهذا معناه استبعاد كل من الهاتف والتلفاز ، والمذياع ، أو الأطفال الرضع من حولك أثناء ممارسة تمارين الاسترخاء . وربما يساعدك التمدد على سريرك أثناء أداء التمرين بشرط التأكد من اليقظة وعدم الاستسلام للنوم . ويجب خلع الملابس الضيقة أو فكها ، وكذلك النظارات ، والعدسات اللاصقة ، والأحذية ، والأحزمة ، وما أشبه . يجب عليك ممارسة هذا التمرين مرتين يومياً لمدة ثلاثين دقيقة لكل مرة ، وذلك طوال الأسبوع القادم . والآن سأقوم بتشغيل مذياع مسجل وأقوم بتسجيل إجراءات تمارين الاسترخاء التى ستقومين بها بصوتى أثناء الجلسة . ويمكنك بعد ذلك الاستعانة بهذا الشريط المسجل عند ممارستك التمرينات بالمنزل . [وبدأ المعالج بعد ذلك فى تسجيل إجراءات الاسترخاء للمجموعات الست عشرة ثم أعطى الشريط المسجل للمريضة فى نهاية الجلسة] .

المعالج : (بعد الانتهاء من جلسة الاسترخاء) ، سأل المعالج المريضة ، كيف حالك؟

كلير : حالى . بخير وعظيم . لا أريد النهوض من مكانى . الآن أشعر وكأنى تأخذنى سنة من النوم . وأنه شيء مهدد إلى حد ما أن أفتح عيناى الآن وأغادر مكان العلاج .

المعالج : إن ذلك أمر يمكن أن يحدث عند ممارسة الاسترخاء لأول مرة . وأحياناً ما يجد الأفراد أن الإجراءات وما تثيره من رعب يرجع إلى الشعور بأنهم لا يستطيعون السيطرة على مشاعرهم ، من قبيل الحرص على اليقظة وعدم النوم والاستثقال والعجز عن الحركة . وكلما تم ممارسة

الاسترخاء ، قلت هذه المشاعر وتم السيطرة عليها . [أعطيت المريضة تسجيلاً لإجراءات الاسترخاء ، وجدولاً لتمرينات المراقبة الذاتية ، وملاحظة أية مشكلات فى التركيز أو فى الاسترخاء] .

الجلسة الرابعة :

نبدأ بمراجعة الواجبات المنزلية وتمرينات الاسترخاء على مدى الأسبوع الماضى ، لكل المجموعات الست عشرة والتأكد من مدى إتقان تمييزها بين حالات الشد العصبى وحالات الاسترخاء وبعد مراجعة المعالج والمريضة إجراءات هذا الأسلوب ، تبدأ إجراءات علاج المكون المعرفى للقلق .

المعالج : أود العودة الآن لتوضيح المكون المعرفى للقلق . فلتتذكرى أن أفكارك عبارة عن وسيلة لتحديد عواطفك وانفعالاتك من قبيل القلق . وفيما يتصل بالانزعاج الشديد والأفكار المثيرة للقلق ، فإن السؤال الأساسى الذى ينبغى أن تطرحينه على نفسك هو ما إذا كان حكمك على مصادر القلق والخطر والتهديد حكماً صادقاً ؛ بمعنى أنه حكم تؤيده أدلة واقعية ومتاحة بالفعل . ففى عديد من الحالات ، نجد أن كثيراً من نتائج الاحتمالات المخيفة التى يسوقها المرضى نتيجة لما يعانونه من انزعاج لا أساس لها من الصحة . عند انشغالك بانزعاجاتك وأفكارك المثيرة للقلق ، انتبهى إلى مجموعة من المبادىء الأساسية . أولاً : إن انشغالك بأفكارك لا يعنى أنك تفكرين تفكيراً إيجابياً . والبديل لذلك أنك عندما تنشغلين بإدراكاتك المقلقة ، يجب أن يكون تفكيرك واقعياً بحيث ينصب على المواقف المثيرة للقلق . ثانياً : لأن التفكير – فى الغالب – عملية تلقائية وآلية ، سيكون صعباً عليك فى البداية تحديد هذه الأفكار عندما تكونين قلقة . عودى للتفكير من جديد فى الفترة الأولى التى كنت تتعلمين خلالها قيادة السيارة . هل كانت سهلة ؟ .

كلير : بالعكس كانت فترة صعبة إلى حد كبير . ومع ذلك كنت مستمتعة بها ، وكان علىَّ التركيز على قيادة السيارة وإيقافها عندما بدأت التعلم .

المعالج : وعندما تقودين السيارة الآن ، هل تفكرين ثانية فى كل هذه الأشياء .

كلير : إطلاقاً . أنا لا أركز انتباهى على قيادتى للسيارة . إنما عادة ما أفكَّر فى كم الوقت الذى أحتاجه للوصول ، وأقصر الطرق التى توصلنى لغايتى .

المعالج : هذا حدث لأن القيادة أصبحت أمراً معتاداً وتلقائياً بالنسبة لك . أنت لازلت تفكرين أثناء اليقادة ، ولكن قدت السيارة مرات لا حصر لها ، فإن أفكارك تكون سريعة وتلقائية عند جلوسك خلف عجلة القيادة . يمكنك تطبيق الفكرة ذاتها على أفكارك المثيرة للقلق . فإنك عايشت مستوى مرتفعاً من القلق فترة طويلة ، فتولد لديك مجموعة كبيرة من الأفكار الآلية المرتبطة به . وسوف يتركز أو ينصب جانباً كبيراً من العلاج على تحديد وتفنيد هذه الأفكار المثيرة للقلق لكى نعمل على تخفيض أو تقليل انزعاجك وقلقك . من الآن فصاعدا يجب أن تكون أفكارك محددة ما أمكن ، ومهم جداً أن تفعلى ذلك كلما قلقت أو انزعجت . حاولى أن تتخيلى ما يجعلك قلقة أو عصبية .

إن إحدى الأفكار التى طرحتيها علينا نتيجة لمراقبتك الذاتية لأفكارك الأسبوع الماضى ، وما دونتيه بشأن خوفك وقلقك على ابنك عند اشتراكه فى مباريات كرة القدم الأمريكية . فما هو بالتحديد الأمر الذى يثير قلقك فى هذا الموضوع ؟ .

كـــلير : ما يمكن أن يتعرض له من إصابات وأذى شديداً لا يحتمل . إن فريقه قد لعب على مستوى المسابقات التى نظمتها الولاية العام الماضى . وكما تعلم فإن هؤلاء الشباب ذوى أجسام ضخمة وقوية . إن ابنى مثلهم ، ولكنه لم يمارس هذه اللعبة مثلهم سنوات وسنوات .

المعالج : وما الذى تتخيلين أن يحدث له من إصابات على وجه التحديد ؟

كـــلير : أن يصاب بكسور أو أذى فى ظهره أو فى رقبته ، مما قد يتسبب فى إصابته بالشلل أو قد يسبب له الموت . إن ذلك قد حدث بالفعل لاثنين من لاعبى إحدى الفرق الأمريكية ، ونشرت الصحف هذا الخبر فى العام الماضى ، أتتذكر هذا الأمر ؟

المعالج : وماذا حدث لابنك منذ أن بدأ ممارسة هذه الرياضة وحتى الآن ؟

كـــلير : حقيقة ، لاشيء . لقد عاد للبيت بعد ظهر اليوم ويشكو فقط من آلام فى إبهامه ، ولقد انتهى هذا الألم بعد فترة قصيرة . وحكى لنا أنه عند محاولته تسجيل بعض الأهداف اعترضه بعض أعضاء الفريق المنافس فسقط أرضا وتأثر أصبعه . وأنا أعتقد أنه قد لعب بشكل جيد جداً .

المعالج : حسناً ، ولكن الذى ذكرتينه هو تنبئوك بأنه قد يصاب بأذى أثناء المباراة ، ولكن ذلك لم يحدث . ونحن عندما نكون قلقين ، نميل إلى ارتكاب خطأ معرفى عام يسمى احتمالات المبالغة فى تقدير الأمور(١) . وبمعنى آخر ، نحن نبالغ فى تقدير احتمالات وقوع حدث لا نرغبه ونصدق إمكان حدوثه . وعندما تكونين منزعجة أو قلقة ، ما درجة الاحتمال الذى تتخيلينه ذهنياً لإصابة ابنك علما بأن التقدير يتراوح بين صفر و١٠٠٪ ؟ .

كـــلير : حوالى ٧٥٪ .

المعالج : والآن ، ما احتمالات إصابته بأذى عند لعبه كرة القدم مستقبلاً ؟ وما تقديرك لذلك ؟ .

كـــلير :حسناً ، بعد مناقشة هذا الأمر ، يدور التقدير حول ٥٠٪ لاحتمالات الإصابة.

المعالج : بهذا التقدير نكون أمام حقيقة مؤداها أنه كلما لعب ابنك مبارتين من مباريات كرة القدم ، سيصاب فى واحدة منهما لا محالة . هل هذا صحيح ؟ .

كـــلير : لا «بعد فترة من التفكير» ، لم أفكر أن احتمالات الإصابة ستكون مرتفعة بهذا الشكل . ولذا يكون تقدير احتمالات إصابته فى حدود ٣٠٪ .

المعالج : وهذا معناه أيضاً أنه كلما لعب ثلاث مباريات سيصاب فى واحدة منها بأذى . إنك لكى تقدرى ميلك للمبالغة فى تقدير الأمور وتضخيمها ، واحتمالات وقوع أحداث سلبية فى المستقبل ، مما يساعدك على معرفة هذه المبالغات هو أن توجهى لنفسك سؤالاً مفاده ، ما الدليل الذى يمكن العثور عليه من خبراتك الماضية ويؤيد هذا الاعتقاد المقلق . فما الدليل الذى استنبطتيه من تاريخ ممارسة ابنك لكرة القدم ، وكوّن أو أنشأ لديك اعتقاداً بأنه سيصاب بأذى بالغاً فى مبارة من بين كل ثلاث مباريات؟.

كـــلير : لا يوجد أى دليل . لقد أصيب فقط فى الصيف الماضى بالتواء فى مفصل قدمه ، وشفى منه .

---

(1) Overestimation.

المعالج : إذن على النحو المشار إليه ، فإنك لا تملكين أى دليل إطلاقاً لتثبتى من خلاله أن ابنك سيصاب فى المباريات بنسبة ٣٠٪ .

كـــلير : حقيقة أنا لم أفكر فى هذا الأمر قبل ذلك إطلاقاً بهذه الطريقة .

المعالج : وما أسوأ بدائل الإصابة التى وقعت بالفعل لابنك طوال ممارسته لعب كرة القدم ؟ .

كـــلير : ربما لم يصب بأذى شديد مطلقاً حتى الآن . ولكننى أعرف أنه لابد أن يعانى من بعض الآلام نظراً لكثرة الكدمات التى تغطى ذراعيه وساقيه . ولكنه ابن رزين مثل والده تماماً رواقى لا ينفعل .

المعالج : ما البدائل الأخرى التى تفكرين فيها أو تتخيلينها كبديل لإصابته بأذى شديد ؟

كـــلير : أن يصاب بأذى بسيط ، كالتواء المفصل أو الكاحل أو شئ ما من هذا القبيل.

المعالج : حسناً ، وماذا عساه أن يكون الاحتمال المتخيل إذا ما أصيب ابنك بأذى بسيط فى مقابل إصابته بأذى شديد ؟ .

كـــلير : سترتفع نسبة إصاباته البسيطة لتصبح ما بين ٦٠٪ أو ٧٠٪ .

المعالج : لنعود إلى قلقك وانزعاجك الأصلى ، ما تقديرك لاحتمال إصابته بأذى شديد أثناء لعبة كرة القدم ؟ .

كـــلير : تقدير منخفض يدور حول ١٠٪ .

المعالج : هذا معناه أن ابنك سيصاب بأذى شديد عند لعبة كرة القدم مرة واحدة من بين كل عشر مرات . فكم عدد المرات السابقة التى لعب فيها فعلاً كرة القدم ؟

كـــلير : لقد انضم لتوه هذا العام لفريق منتخب الجامعة ، ولكنه لازال مبتدئاً فيه أو شبلاً . ولكنه منذ أن التحق بالتعليم الجامعى منذ ثلاث سنوات يكون مجمل عدد المباريات حوالى ٢٥ مباراة .

المعالج : وكم عدد المباريات التى حدثت له فيها إصابات شديدة على مدى هذه السنوات الثلاث ؟

كـــلير : ولا مرة . لقد وقفت الآن على ما تريد توصيله لى عقلياً . إنه من الحمق بالنسبة لى أن أعتقد فى مثل هذه الأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية .

المعالج : حسنٌ ، أعتقد أنه قد أصبح مفهوماً لديك الآن أن تنبؤاتك حول المستقبل كانت متحيزة للاحتمالات السلبية . فنحن عندما نكون فى حالة القلق الشديد ، يكون من الطبيعى التركيز على الاحتمالات الأكثر سلبية للاستعداد لها كما لو كانت احتمالات حقيقية . ولأنك تنزعجين بشدة ، فإن أفكارك ستكون أكثر سلبية تجاه الأحداث المستقبلية . وهذا هو السبب فى أنك ستواجهين بانتظام بالميل لهذه الاحتمالات المبالغ فى تقدير آثارها فى كل مرة تعانين من الانزعاج والقلق . فى جدول المراقبة الذاتية لأفكارك المعرفية ، أشرت إلى أن مستوى قلقك يساوى ٦ درجات من ٨ درجات عندما فكرت فى الإصابة المحتملة لابنك . ما تقديرك الآن لمستوى قلقك بعدما تعلمت مواجهة المواقف المثيرة له ؟ .

كـــلير : أكثر انخفاضاً ، يدور حول ثلاث درجات فقط . ولكن لا زال بعض التفكير يراودنى من أنه ربما يصاب بشلل ، وذلك يزعجنى كثيراً رغم تأكدى من بعد هذا الاحتمال ، ولكننى سأعد نفسى انفعالياً حتى لو حدث ذلك فعلاً .

المعالج : دائماً نُواجهَ بهذا الاحتمال ولو لمدة دقيقة . ومع ذلك ، ففى كل وقت تفكرين فيه «بأن هذا الاحتمال من الممكن حدوثه» يمكنك استبعاده بفعالية من خلال الأدلة التى ترفض هذا الحدوث ، أو ترفض هذا الاعتقاد . كما أنك تحدثين نفسك بأن احتمالات إصابة ابنك الشخصية بالشلل الأكثر بدلالة واضحة بالمقارنة إلى أى عضو من أعضاء فريق كرة القدم . فلكى تواجهى هذا الميل وتقاوميه ، تذكرى أن احتمالات إصابته بأذى شديد كل يوم هى ذاتها نفس الفرص التى ستتعرض لها كل حالة من حالات أو كل عضو من أعضاء الفريق .

أضيفى إلى ما سبق ، أن انزعاجك لحدث مستقبلى لن يغير أى شئ من إمكانية أو من احتمالات وقوعه ، ومن ثم فلا داعى للقلق أو الانزعاج . وما ننزعج لحدوثه ، سيحدث مما يجعلك أكثر شعوراً بالقلق والارتباك ، ويعطيك إحساساً مزيفاً ومصطنعاً بالتحكم فى المستقبل .

وعليك أن تبدئى خلال هذا الأسبوع فى تسجيل انزعاجاتك فى سجل المراقبة الذاتية للأفكار والإدراكات المعرفية [راجعى الشكل ٣ - ٤] . وكما ذكرنا آنفاً ، دونى أو سجلى باختصار الأفكار التى ترد على ذهنك فى كل وقت تشعرين فيه بالقلق المتوسط ، أو انزعاجك بسبب فكرة محددة أو لحدوث شئ ما .

عليك تحديد المثير أو الحدث الذى سبب الانزعاج أو القلق فى العمود الأول، ثم اكتبى أسفله الفكرة الآلية المحددة وضعى تقديراً لقلقك يتراوح بين صفر وثمانى درجات . وضعى فى العمود الثانى النسبة المئوية لاحتمالات حدوث هذه الفكرة الآلية علما بأن المدى يتراوح من صفر إلى ١٠٠ ٪ . ومع ذلك ، عليك من الآن فصاعداً مواجهة هذه الفكرة الآلية بأن تتساءلى ، «ما الدليل على صحة اعتقادى أو تنبؤى بحدوث هذا الأذى الشديد ؟ وهل توجد احتمالات أخرى بديلة يمكننى التفكير فيها ؟ وبعد مواجهتك لهذه الفكرة ، أعيدى تقدير احتمالية حدوث الفكرة الآلية وتقدير مستوى القلق لديك . وتساءلى أو أسألى نفسك قائلة ما أسوأ نتيجة محتملة يمكن أن تترتب على هذه الفكرة الآلية ، واكتبيها فى أسفل الجدول . إذا ما ظل مستوى القلق لديك متوسط (أى ٤ درجات أو أعلى من ذلك على مقياس تتراوح الدرجات عليه من صفر إلى ثمانى درجات) - ارجعى مرة ثانية للعمود الأول وكررى الإجراء نفسه ، مستخدمة أسوأ النتائج المحتملة والمخيفة والتى كتبتيها أسفل العمود المسجل فيه المثير أو الحدث الذى بعثها . واستمرى على النحو حتى يصبح مستوى القلق ثلاث درجات أو أقل (راجعى الشكل ٣ - ٤) . وفى الجلسة التالية ، سنتحدث عن استراتيجية معرفية أخرى لمواجهة انزعاجك وقلقك.

الجلسة الخامسة :

تبدأ الجلسة بمراجعة الأحداث التى واجهتها المريضة فى الأسبوع الماضى ، ومراجعة تمرينات الاسترخاء كواجب منزلى ، ونقدم لها تمرينات الاسترخاء لثمانى مجموعات فقط من العضلات الجسمية لكى نبدأ فى جعل استراتيجيات الاسترخاء أكثر قابلية للتطبيق بشكل واقعى فى المواقف الطبيعية فى الحياة . وعند تخفيض عدد المجموعات العضلية ، على المعالج أن يعطى المريض تعليمات بالاستمرار فى تمرين أى مجموعة عضلية من المجموعات التى لازالت تعانى من الشد العصبى (مثال ذلك : فإذا ما ظل المريض يذكر أن عضلات الفك أو الأسنان لازالت تعانى من الشد والتوتر ، على المعالج أن يعطى له تعليمات لقضاء وقت إضافى للتركيز على تدريب هذه العضلات عند أداء التمرينات) . وبعد تسميع

هذه التمرينات ومراجعتها ، تتم مراجعة نتائج المبالغة فى تقدير نتائج الاحتمالات ونقض الأفكار المأساوية ونتائج محاولات المريض للتخلص منها .

المعالج : فى الأسبوع الماضى شرحت لك مفهوم المبالغة فى تقدير الاحتمالات المترتبة على حدوث مثير أو موقف أو حدث ما . فحدثينى الآن بلغتك ما معنى هذا المفهوم من وجهة نظرك ؟

كـــلير : إذا لم تخُنِّى الذاكرة ، فهو يعنى أننى عندما أكون قلقة بشكل حاد ، سأتنبأ بحدوث نتائج سلبية محتملة مستقبلاً مبالغاً فيها أكثر من اللازم أو أكثر من حقيقتها الفعلية .

المعالج : هذا صحيح تماماً . فهل رصدت أى نتائج مبالغاً فيها هذا الأسبوع عندما حاولت تقدير الاحتمالات المترتبة على وقوع حدث سلبى ما ؟ .

كـــلير : بالطبع . كان على زوجى أن يقضى رحلة عمل إضافية غير متوقعة ليلاً لأن زميله أصيب بإنفلوانزا ، وأمطرت السماء بشدة وهو يقود سيارته فى منطقة بعيدة جداً ، ومن الطبيعى قد افترضت وتنبأت بوقوع شيئ سيىء جداً وهو احتمال إصابته فى حادثة بالسيارة .

المعالج : كم كان تقديرك لنتيجة الاحتمال المترتب على وقوع هذا الحدث السلبى ؟

كـــلير : كان تقديرى لاحتمالات حدوثه ٨٠٪ ، بسبب مرور كثير من القطط والكلاب على الطريق . وهناك كثير من السائقين غير الحريصين على تفادى مثل هذه الحيوانات بالليل مثلى ومثل زوجى مما قد يتسبب فى وقوع مثل هذه الحوادث الليلية .

المعالج : هل فى مقدروك استحضار خبراتك الماضية بحيث تسترجعى منها دليلاً مضاداً لاعتقادك بأن زوجك ستقع له حادثة ما ؟ .

كـــلير : وفقاً للحقيقة والواقع ، إن زوجى لم تقع له أية حادثة من قبل طوال حياته . إنه سائق ممتاز ، وحذر جداً مثلى ، ولا يقود بسرعة . وتذكرت من خلال خبراتى أيام دراستى بالجامعة أن معظم الحوادث سببها التسرع والسرعة والقيادة تحت تأثير السُكر والكحوليات . وذلك جعلنى أشعر أن حالتى أفضل من ذى قبل .

المعالج : هل كان بمقدروك التفكير فى أية بدائل أخرى تترتب على وقوع حادثة لزوجك فعلاً ؟

كـــلير :و كتبت فى الجدول أنه ما وقعت له حادثة فعلاً ، قد يحدث له التواء أو جرح خفيف مثلما يحدث عادة فى غالبية الحوادث الأخرى ، أو أنه فى كل الأحوال سيصل إلى الفندق من دون وقوع أية حادثة له ، أو إذا كان الجو سيئاً لدرجة لا يستطيع معها القيادة ، فإن سيوقف السيارة حتى تمر هذه العاصفة وإن زوجى له عقل راجح يقيه من الذلل . إن هذا التمرين جعلنى أتوقع ألا أعطيه وزناً كبيراً .

المعالج : إذا ملنا لتصديق ما كتبتيه من أدلة وبدائل مضادة للأفكار السلبية ، ما تقديرك لنتائج الاحتمالات السلبية المترتبة على وقوع أى حادثة لزوجك وهو يقود سيارته ؟ .

كـــلير : تقدير منخفض جداً . يمكن أن أضع تقديراً منخفضاً إلى حد كبير ، ١٠٠ ٪ مثلاً ، بسبب الطقس العاصف شديد القسوة . ولكنه فعلاً معدل منخفض .

المعالج : وماذا عن معدل قلقك عندما فكرت بهذه الطريقة ؟

كـــلير : بشكل عملى لا شىء ، درجة أو اثنتان من ست درجات .

المعالج : عظيم ، ولكن تمشياً مع مفهوم المبالغة فى تقدير الاحتمالات ، ثمة خطأ معرفى آخر يشيع ارتباطه بالقلق ويسمى «النظر إلى الحدث على أنه كارثة أو اختراع المآسى» أو التفكير المأساوى[1] . ويشير هذا المفهوم إلى الميل إلى اعطاء الأمور وزناً لا يتسق وحجمها الطبيعى أو الميل إلى «بناء جبال من الغبار الجليدى» أو يجعل من الحبة قبة كما يقولون . إن استخدام تعبيرات من قبيل« لا أستطيع تحمل كذا» ، وشىء مروع ومخيف» ، وشىء لا يطاق وفظيع» ، أو «شىء لا يمكن تحمله» ، أو «شىء رهيب وكريه لدرجة لا تطاق» ، لوصف الأحداث السلبية مستقبلاً يمثل واحدة من طرق التفكير المأساوى . وثمة طريقة أخرى تتمثل فى التوصل إلى خلاصة شديدة التطرف أو نهاية مأساوية من

(1) Catastrophizing .

حدث غير مهم أو لا يتعلق بموضوع الحدث ذاته . فمثلاً ، عندما تتأخرين عن مواعيدك عدداً من الأسابيع رصدتها الممرضة ، ماذا سيكون تفكير الممرضة عنك ، وما حكمها عليك .

كـــلير : ربما تعتقد أننى لا أحترم المواعيد ، ولاضمير عندى . إن اهتمامى بعلاجى اهتمام تافه لدرجة أنها اعتقدت بأننى لا أتحمل المسئولية ، وربما بسبب اعتقادها هذا أو فكرتها عنى ، لا توافق على أخذ صك شخصى [1] مقابل حسابى للعلاج ، لأننى فى نظرها شخصية لا يمكن الوثوق بها أو الاعتماد عليها .

المعالج : لكى تتخلصى من هذا التفكير المأساوى ، لابد أولاً من تخيل أسوأ النتائج المترتبة على وقوع حدث ما سبَّب كل هذا الكم من الانزعاج أو القلق ، وبعد ذلك يجب عليك أن تقدرى شدته الواقعية . ويغلب على كثير من الأفراد الذين يعانون من قلق مزمن ، أنهم يبالغون فى عجزهم عن مواجهة الأحداث السلبية المستقبلية والتوافق معها . ويميلون أيضاً للاعتقاد بأن الحدث ربما يستمر وقوعه لأبد الآبدين ، كأن يظل الآخرون يعتقدون مثلاً بأنك شخص لا يمكنهم الاعتماد عليه . مما يدعم تفكيرك الذهنى بأن الأحداث لا يمكن استمرارها إلى الأبد . وحتى إذا ما وقع لك حادث سلبى جداً ، من قبيل فقد شخص عزيز عليك أو المعاناة من مرض خطير ، فيجب أن نكون قادرين على مواجهته والتوافق معه ، برغم شعورنا بأننا لا نستطيع ذلك . فالكيفية التى تشعرين بها وما يجب عليك عمله أمران شديدا الاختلاف . فربما تتذكرى وتشعرين بكل قوتك أنك عاجزة عن مواجهة هذا الحدث السلبى، ولكن الحقيقة أن السمة المميزة للإنسان أنه يملك قدرة لا حدود لها فى التوافق مع كل ما يحيط به من أحداث ومواقف .

كـــلير : بالتأكيد ، ولكن كيف أقنع نفسى بهذا الأمر ؟ حقيقة إننى لا أعتقد أننى أستطيع مواجهة مجرد فكرة فقد زوجى أو ابنى . هذا الأمر يرعبنى لدرجة أننى أكره حتى مجرد التحدث فيه .

---

(1) Personal check .

المعالج : أيا كان الأمر ، فكان لابد من مناقشة أسباب مخاوفك المحتملة ، لأن معظمها ينصب على أمان زوجك وابنك . فما الذى يحدث إذا فقدت ابنك ؟

كـــلير : سأدمَّر تماماً . إن هذا الأمر بالنسبة لى سيكون فظيعاً . لن أتغلب عليه أبداً . وربما أنهار تماماً وألتحق بأى عنبر أو مستشفى للأمراض النفسية أو شيئاً من هذا القبيل . عموماً أنا لا أعرف على وجه التحديد ماذا سيحدث لى ، ولكنه فى كل الأحوال سيكون شيئاً سيئاً .

المعالج : كيف تعرفين أنه سيكون أمراً سيئاً ؟ وما الدليل على صحة اعتقادك هذا بأنك لن تستطيعى التغلب أبداً على فكرة موت ابنك ؟ .

كـــلير : حسنٌ ، ليس لدىَّ أية أدلة ، ولكن الأطفال لا يموتون قبل والديْهم عادة . والآن أنا مثل الإنسان المحطم عصبياً بالفعل مما يضعنى على حافة الهاوية .

المعالج : مرة ثانية ، أنت تستخدمين مشاعرك القلقة كبرهان أو كدليل على صحة اعتقادك . ونحن نشير إلى هذا الأمر على أنه «استدلال انفعالى» . فعليك أن تقدمى لى بعض البدائل التى تشير إلى إنك ستنهارين أو ستدخلين مستشفى للأمراض النفسية .

كـــلير : سأواجه الأمر ، حسب تخمينى ، ولكننى حقيقة لا أستطيع أن أعرف تماماً كيف سأقوم بهذه المواجهة ، أو حتى التوافق معه .

المعالج : هل لم تحدث وفاة لشخص ما على مدى حياتك ؟

كـــلير : بالتأكيد . عندما كان عمرى سبع عشر سنة ، مات صديقى قتلاً فى حادث دراجة نارية . وكان ذلك صعباً بالفعل على نفسى . وعند مستوى معين لم أكن أتغلب بالفعل على هذا الأمر . وأحياناً ما كنت أحلم بهذه الحادثة المروعة . لقد كان فتى عظيماً ، ولقد ذاقت أمه أهوال موته بمفردها بعد مماته . ولا أريد أن أمر بتجربتها أبداً .

المعالج : بالفعل لابد أنه كان ظرفاً عصبياً عليك ، فإن خبرة مؤلمة مثل هذه على فتاةٍ فى السابعة عشر من عمرها تعد أمراً صعباً . ومن الطبيعى جداً أن تحلمى بمن تحبينه بعد موته ، خاصة إذا كان موته ذا طبيعة بشعة بهذا

الشكل . أخبرينى شيئاً ما عن انفعالاتك التى كابديتها فى ذلك الوقت .

كـــلير : لقد كابدت كثيراً من المشاعر ، منها : الغضب ، والنكران والحجود ، والقلق، والشعور بالوحدة النفسية ، والألم . لقد كان وقتاً عصيباً بالنسبة لى . فقد مات فى الصيف الذى أنهينا فيه معاً دراستنا الثانوية ، وكنا متفقان للالتحاق معاً بالدراسة الجامعية .

المعالج : وهل لازلت تشعرين بهذه الانفعالات ؟

كـــلير : لا ولكن ليس بالشدة ذاتها . أحياناً أشعر بالغضب عندما أرى دراجات نارية على الطريق ، وبالطبع أقلق جداً . ولكن الآن ، عندما أفكر فيه ، أحاول التفكير فى الذكريات السعيدة . فقد كان فتى مميزاً وجميلاً ، وكنت محظوظة لعلاقتى به لوقت طويل . إنه ينعم فى الفردوس الأعلى الآن ، إننى متأكدة من ذلك ، وإنه يبحث عنى ، فهذا ما كان يردده علىّ قبل موته . ولقد التقيت بزوجى بعد وفاة «تود Todd" صديقى بعدة شهور عندما كنت طالبة بالجامعة ، وشعرت وكأننى التقيت شخصاً ما يعد توأما لصديقى «تود» أو أخا له . وبدون زوجى «جيم Jim» لا أدرى كيف كنت سأتغلب على فاجعة موت تود .

المعالج : كلير ، على الرغم من مرورك بخبرة موت «تود» غير المتوقعة ، فإنك تعايشت معها . لقد مررت بكل الخبرات الانفعالية التى يمر بها غالبية الناس عندما يفقدون شخصاً عزيزاً عليهم ، وأرى أنك لازلت قادرة على معايشة هذه المواقف المثيرة للمشقة دون درجة شديدة من القلق ، هل هذا صحيح أم لا ؟ .

كـــلير : نعم لدىّ القدرة ، ولكن عندما قُتل «تود» ظللت لمدة شهرين أستيقظ مبكراً وأصرخ كل يوم فترات طويلة وكنت على شفا الانهيار .

المعالج : ماذا تعتقدين أنه يمكن أن يحدث إذا ما فقدت زوجك أو ابنك ؟ .

كـــلير : ربما يحدث الشئ نفسه عندما فقدت «تود» ، ولكننى يمكن أن أكون أشد توتراً وعصبية . ولكنك مع ذلك ستكونين على ما يرام لأن الشد له سبب موضوعى . نعم ، أنت محق كمعالج ويجب أن أكون قادرة على مواجهة هذه المواقف ومعايشتها . إنها مهمتى التى يجب إنجازها ، وأود

أن أفعل ذلك ، ولاسيما أننى محظوظة ، فلدىّ أسرة حميمة شديدة التماسك ، هذا بالإضافة إلى عائلتى التى دائماً ما تكون إلى جانبى فى الشدائد .

المعالج : دعينا نعود إلى مثال آخر من أفكارك المأساوية . لقد ذكرت منذ قليل أنك إذا أتيت متأخرة للعيادة ، فإن الممرضة ربما تعتقد أنك شخصية لا يمكن الاعتماد عليها ، وأنها قد لا تقبل منك أن تكون وسيلة الحساب هى صك شخصى مقابل جلسات العلاج . ماذا يمكن أن يحدث بعد ذلك ؟ .

كـــلير : علىّ أن أقوم بتسديد الحساب ، مع أننى كنت أريد تأخير السداد فترة معينة .

المعالج : هل ثمة شىء آخر ؟

كـــلير : لا ، ولكنها المعاناة من الضعف والارتباك .

المعالج : ولماذا تعتقدين أن ذلك شيئاً سيئاً ؟

كـــلير : لأننى أكره أن أكون ضعيفة أو مرتبكة أمام أى شخص . وربما يأخذ الناس عنى فكرة سيئة مثل هذه الفكرة ، مما يفقدهم احترامى .

المعالج : وماذا سيحدث بعد ذلك ؟

كـــلير : بعد ذلك ربما أشعر بالضيق والحزن والتعاسة مما يؤدى إلى أن وجودى يصبح لا قيمة له .

المعالج : حدثينى عن مدى قدرتك على معايشة هذه الأفكار المحتملة ومدى قدرتك على مواجهتها ، مع وضع تقدير يتراوح بين صفر ومائة بالمئة ، علماً بأن الصفر معناه العجز التام عن المواجهة ؟ .

كـــلير : ٥٪ .

المعالج : والآن حاولى التفكير فى بعض الطرق التى تمكنك من معايشة هذه الفكرة ومواجهتها .

كـــلير : أول هذه الطرق على الإطلاق ، صديق صدوق لم يفقد احترامه لى بسبب شىء ما متواضع مثل الصك الشخصى للحصول على أموال سائلة أدفع منها فاتورة الزيارة . ولكن إذا لم أجد أصدقاء يقومون لى بمثل هذا

الواجب البسيط ، فأنى لى بمثل هذا النوع من الأصدقاء ؟ أيضاً ، بمقدرى استخدام بطاقة الحساب فى البنك لأسحب ما أريده وأسدد منه الفاتورة أو أذهب للبنك وآخذ ما أريده من أموال إذا لم يوافق المعالج على استخدام بطاقة الحساب .

المعالج : هل تعتقدين أنك ستظلين بائسة وحزينة بقية حياتك ؟ .

كـــلير : أوه ، أبداً ، على الإطلاق . ربما أشعر بضيق بعض الوقت ، ولكنه يتبدد مع مرور الوقت .

المعالج : وإلى أى مدى يكون هناك احتمال يمكن تصديقه بأن كل أصدقائك يمكن أن يتذكروا حدثاً تافها مثل «دفع فاتورة الحساب» لعدد من السنوات المقبلة ؟ .

كـــلير : إن ذلك أمر غير محتمل حدوثه إطلاقاً .

المعالج : هل حدث لك كثير من مثل هذه المواقف التى تثير ضيقك قبل ذلك ؟ .

كـــلير : مرات كثيرة جداً يصعب حصرها .

المعالج : ما كم الوقت الذى كنت تقضينه فى المتوسط فى كل خبرة من خبرات الحزن والضيق السابقة ؟

كـــلير : فى الغالب بضع دقائق معدودات . يعنى بعض المرات القليلة جداً ، ولكنها فى العادة لا تكون طويلة .

المعالج : إذن ، كلير ، كما ترين ، فإن هذه الصور الذهنية المأساوية يمكنها أن ترفع مستوى قلقك . ولذا لكى تقاومى أفكارك المأساوية ، دونى أفكارك المثيرة للقلق كتابة فى سجل المراقبة المعرفية كما كنت تفعلين ذلك بالنسبة لسجل المبالغة فى تقدير الاحتمالات . وأسألى نفسك بعد ذلك ، ما أسوأ نتيجة يمكن أن تحدث ؟ وإذا ما حدثت ، فماذا تعنى بالنسبة لك؟ ولماذا ندركها على أنها نتيجة سيئة ؟ وما مدى احتمالية حدوثها . وكيف يمكننى التعايش معها ومواجهتها إذا كان متوقعاً حدوثها ؟ ينبغى ملاحظة الانخفاض المتزايد فى مستوى قلقك عند توظيفك لاستراتيجياتك المعرفية بانتظام عند مناقشة كل فكرة مأساوية على حدة وعند مناقشة كل فكرة أو صورة ذهنية مثيرة للقلق أو للانزعاج .

الجلسة السادسة :

قبل مراجعة أنماط الأفكار المعرفية المولدة للقلق أو المسببة له (كالمبالغة فى تقدير الاحتمالات ، والتفكير المأساوى) ، وطرق مقاومتها ، نقوم بمراجعة الاسترخاء العضلى العميق للمجموعات العضلية الثمانية لإدماجه ضمن التدريب التمييزى . أضف إلى ذلك القيام بتحديد التمرينات المطلوب ممارستها عموماً .

المعالج : عن طريق ممارستها للاسترخاء أكبر عدد ممكن من المرات ، نرجو أن تكونى قد دعمّت مهارتك فى ممارسة هذا الأسلوب ، ووجدتيه مساعداً لك فعلاً فى التقليل من التوتر والشد وإخماده عند ثورته . وفقاً لما أشرنا إليه مسبقاً ، أود الآن أن تبدأى فى تطبيق إجراءات الاسترخاء فى مواقف أكثر تشتيتاً وأشد تحدياً . وبهذه الطريقة يمكنك أن تجعلى عملية الاسترخاء أكثر قابلية للتنفيذ ، فأنت تستطيعين الآن البدء فى تطبيق الاسترخاء حينما تكونين فى إشارة للمرور ، وعند الانتظار ، وعند مشاهدة التلفاز بالبيت ، وفى محل البقالة . مضبوط ، لماذا لم نراجع بعض تسجيلاتك المدوّنة فى سجل المراقبة المعرفية ؟ لقد سجلت أسفل الجدول أنك لم تنته بعد من غسل الملابس وكيها حتى العاشرة مساءً ، كأحد المثيرات التى تسبب لك القلق الشديد ، وأن الفكرة الآلية مؤداها أن عليك الاستمرار فى إنجازه حتى وقت متأخر من الليل . ووضعت تقديراً للقلق الناجم عن هذه الفكرة مقداره ست درجات من ست . فلماذا تنظرين إلى هذا الأمر على أنه شديد الإثارة للقلق لديك ؟ .

كـــلير : لأننى بالفعل أحتاج كل ليلة لتسع ساعات نوم ، وإذا لم أحصل على هذه الكمية من النوم ، أشعر بالإرهاق والإنهاك فى اليوم التالى ، ويكون من الصعب علىّ النشاط لإنجاز أى شئ إطلاقاً بسبب انخفاض طاقتى لأدنى مستوى لها .

المعالج : وماذا سيحدث إذا ما تم ذلك ؟ .

كـــلير : حسنَ ، سيتأخر إنجازى لمعظم واجباتى الأخرى التى أحتاج للانتهاء منها بالمنزل ، وربما سأعجز عن عمل ما هو مطلوب منى جميعه .

المعالج : وماذا سيترتب على ذلك ؟ .

كـــلير : ستتراكم الأعمال ، وسوف تعيش أسرتى فى مكان وضيع قذر كزريبة الخنازير . وهذا أمر يثير اشمئزازى وأفكر فيه دائماً .

المعالج : وماذا سيحدث بعد ذلك ؟ .

كـــلير : ربما يغضب زوجى بسبب ذلك خاصة إذا جاء معه ضيوف للمنزل مما يثير حنقه علىّ .

المعالج : ثم ماذا يمكن أن يحدث ؟

كـــلير : وربما يفكر فى هجرى . فى بعض الأحيان ، نقيم حفلة ما فى منزلنا ، ويكون من المهم بالنسبة لى ولزوجى أن نترك فيها انطباعاً جيداً ، فإذا لم يكن المنزل فى أروع صورة ممكنة ، فإن زملاءه ورؤساءه سيقل احترامهم له ، وتقل منزلته لديهم ، وهذا كله بسبب عجزى عن أداء عملى كربة بيت صالحة .

المعالج : هل رأيت كيف خلقت سلسلة متصلة الحلقات من أفكارك المثيرة للقلق تداخلت معاً لدرجة أن نتيجتها النهائية جاءت بالفعل سلبية إلى حد كبير؟ إن ذلك يتفق بوضوح مع مسلك الأفراد الذين يعانون من القلق العام . إن هذا الأمر يحتم علينا تحديد هذه الأفكار تحديداً نوعياً مفصلاً حتى تستطيعين مواجهة كل فكرة منها على حدة ، وهى الأفكار المثيرة للانزعاج والقلق لديك ، دعينا نبدأ بالفكرة الآلية الأولى التى تدور حول خوفك من السهر حتى وقت متأخر مما يقلل ساعات نومك مما يجعل من الصعب عليك فى اليوم التالى إنجاز ما هو مطلوب منك . ما مدى احتمالية حدوث هذا الأمر من وجهة نظرك ، من صفر إلى مائة بالمائة؟ .

كـــلير : أوه ، احتمال حدوثه ٧٥٪ .

المعالج : ما دليلك على صحة اعتقادك وتقديرك العالى لحدوث هذا الاحتمال بأنك إذا لم تنامى تسع ساعات كاملة لن تستطيعى إنجاز أعمال اليوم التالى؟.

كـــلير : بمجرد سهرى حتى الرابعة من فجر اليوم التالى لطهى بعض الفطائر لحفل العشاء ، يكون هذا اليوم قد انتهى بالفعل . وأكون قد أنهكت تماماً لدرجة أننى أطلب من زوجى أن ينظف الكراسى ويرتب السفرة ويلتقط

سريعاً باقات الورد من بائع الزهور لحفلة اليوم التالى .

المعالج : وهل يتم ترجمة ذلك بالضرورة بأنك عاجزة عن أداء هذه الأشياء ؟

كـــلير : حسنٌ ، لا ، ولكننى شعرت أننى بحاجة إلى قسط كاف من النوم إذا ما أردت أن أكون شديدة الوعى والانتباه للحوار الذى يدور أثناء تناول طعام العشاء .

المعالج : عظيم ، إذن تستطيعين الذهاب إلى بائع الورد وتعدين طاولة الطعام إذا ما أردت فعل ذلك . هل هذا صحيح ؟ .

كـــلير : نعم .

المعالج : كم عدد المرات التى كان عليك فيها أن تسهرى حتى الرابعة بعد منتصف الليل سابقاً ؟

كـــلير : هى مرة واحدة فقط بالفعل .

المعالج : وكم كان عدد المرات التى أقمتى خلالها حفلات عشاء ؟ .

كـــلير : أوه ، حوالى عشرين مرة أو أكثر .

المعالج : هل هذا يعنى أن سهرك الذى أمتد إلى الرابعة قبل الفجر والذى حدث مرة واحدة من المرات العشرين جعلك لا تستطيعين إنجاز أى عمل لإعداد حفلة العشاء ، وأن هذا يرجع لاختيارك الإرادى . هل هذا صحيح ؟ .

كـــلير : إذا ما رأيت الأمر على هذا النحو ، تكون الإجابة نعم .

المعالج : والآن ، نعود إلى الفكرة التى بين أيدينا ، ما الوقت الذى عليك استغراقه ليلاً فى السهر لكى تنتهى من غسل الملابس ؟ .

كـــلير : حتى منتصف الليل .

المعالج : وماذا حدث فى اليوم التالى ؟

كـــلير : لم يحدث شيء ملفت للنظر . لقد شعرت بحاجة قليلة للنوم ، وكان علىّ أن أحتال حتى أسهر حتى التاسعة مساءً ، وهو موعدى المفضل للنوم .

المعالج : هل ترين أنك بالمقارنة إلى الأخريات من ربات البيوت ، قد تخلفت عن أداء مسئولياتك ولم تؤد أعمالك بهمة ونشاط ؟ .

كــــلير : إطلاقاً لا ، بل فى الحقيقة إننى جعلت من يوم أمس يوماً منتجاً جداً ، بحيث وظفت كل دقيقة فيه لإنجاز ما أردته . واستطعت أن أوفر وقتاً طويلاً للذهاب مع زوجى للسينما فى المساء ، كما سطرت خطاباً لوالدتى هذا المساء .

المعالج : معنى ذلك أن الأشياء لم تتراكم عليك ولم تصبح أكواماً من القمامة . فهل تعتقدين الآن أن زوجك ستتدنى منزلته بين أصدقائه لمجرد وجود بعض أوراق القمامة بالمنزل ؟ .

كــــلير : أنت ليست لديك أى فكرة عن شركته التى يعمل بها ! أوه ، أذكر لك شيئاً سابقاً حدث فى بداية زواجنا . كان علينا الذهاب أو العودة إلى شقتنا الجديدة ، وكانت الأشياء لازالت بحاجة إلى تفريغ وترتيب ؛ أى أنها كانت مكدسة . أخذنا بعض الصناديق ووضعناها فى أحد الأركان ، وأذكر أنه كان لدينا بعض الأصدقاء صعدنا بهم إلى أعلى ، وبدلاً من تعليقهم على الصناديق ، دار تعليقهم حول دهشتهم من السرعة التى تمكنا بها من الاستقرار فى بيتنا . ورغم بهجتى التى عبَّرت عنها بصرخة فرح ، فإننى حقيقة ركزت على الجانب السلبى من الموقف وهو كومة الصناديق غير المنظمة . هذه هى مشكلتى .

المعالج : حدثينى عن بعض بدائلٍ تنبؤك بأنه إذا ما تراكمت بعض الأشياء كالقمامة مثلاً فى بيتك ودعى بعض زملاء زوجك لحفلة عشاء ، فإن زوجك ستتدنى منزلته لديهم بسبب هذه المسألة .

كــــلير : ربما لم يلاحظوا شيئاً مثل أصدقائنا الذين لم يلاحظوا شيئاً فى بداية زواجنا . أو ربما يهنئوننا على بيتنا الجديد ، لأن هذا هو ما يفعلونه معنا بأى طريقة . وربما ينصب اهتمامهم على تناول الوجبة الشهية وقضاء وقت ممتع ، ولا يهتمون بأى شئ آخر . وربما يلقون بعض المزح والنكات ويتبادلونها مع زوجى فى العمل بحيث تدور حول منزلنا الذى به بعض القمامة ، لأنهم يعرفون مدى حرصنا على تنظيف المنزل وترتيبه ، ولكن ظروف الحفلة حالت دون تنظيفه جيداً كالمعتاد .وأعتقد

أن الأمر لن يكون سيئاً بالطريقة التى أفكر بها .

المعالج : وتنبؤك الأخير بأن زوجك ربما يهجرك إذا ما تدنت منزلته بين زملائه فى عمله . ماذا عنه ؟ ، هل لديك بدائل للنتيجة المرتبة عليه ؟ .

كـــلير : لا ، إنه لا يمكنه تركى بمفردى ، فهو يحبنى جداً ، ومن ثم ساعتها قد يحصل على تقاعد مبكر من هذه الشركة لأجلى أو يبحث عن عمل آخر فى مجال آخر ، وهو يضع فى اعتباره دائماً إمكانية تغيير العمل ، وهو دائم القول لى والنصح بأن أخفف عن نفسى وألا أقضى أوقاتاً طويلة فى تنظيف البيت .

المعالج : انطلاقاً من كل هذه الأدلة والبدائل التى أمكنك طرحها وتوليدها ، ما تقديرك لاحتمالات حدوث عدم الانتهاء من غسل الملابس وكيها ، وضرورة السهر من أجل إنجاز هذا العمل حتى ساعات متأخرة من الليل ، وما سيترتب على ذلك من عدم إنجاز بعض الأشياء فى اليوم التالى ، وما سيترتب على ذلك من نتائج ؟ تذكرى أن تقديرك السابق للنتائج السلبية المترتبة على هذه الاحتمالات كان ٧٥٪ .

كـــلير : بالنظر لهذه الاحتمالات بالطريقة التى تناولتها بها ، يدور تقديرى للنتائج السلبية المحتملة حول ٢٪ .

المعالج : أعتقد أنك تستطيعين الآن إدراك مدى أهمية تحديد الأفكار المثيرة للقلق لديك بدقة ، لأنك إن لم تفعلى ذلك ، ستشكل سلسلة شديدة الترابط تثير فزعك وانزعاجك باستمرار وتصبح بنية أو مجالاً للانزعاج الدائم . ولكن عن طريق تفتيتها إلى عناصر فردية وتفريقها ، يمكنك مقاومتها وموا جهة كل ما يترتب عليها من قلق وانزعاج بكفاءة شديدة وفاعلية مؤثرة . والآن ما تقديرك لشدة القلق الناجم عن فكرة عدم حصولك على قسطٍ وافر من النوم ؟ .

كـــلير : سيكون تقديراً شديد الانخفاض فعلاً ، يدور حول ٢ أو واحد فقط . لا أحب الشعور بأننى بحاجة دائمة للنوم ، لأن ذلك يجعلنى أشعر بأننى لست مسيطرة على كل أمورى الحياتية إذا ما ذهبت للنوم متأخرة ، ولكننى عرفت الآن أن السبب فى عدم نومى هو قلقى الذى تزيد معدلاته لدى بسبب طريقتى التى أتبعها فى التفكير .

المعالج : هذا صحيح . أحياناً يمكننا مساعدة أنفسنا بدراسة مشاعرنا والأفكار التى أثارتها بدقة ، ووضع تأملات ومعايير لأنفسنا عند فحصها ودراستها . وقد يكون من المفيد أن نسجل أسفل كل فكرة مميزاتها وسلبياتها ، وأن تسألى نفسك بعد ذلك هل تقسين على نفسك أكثر مما ينبغى بالمقارنة إلى الأشخاص الآخرين . ويمكن صياغة هذا التساؤل على نحو آخر ، هل تفكرين فى صديقة ما بطريقة سيئة لمجرد أنها لم تنجز كل شئ يجب عمله وكانت بالفعل تريد أداؤه خلال يوم محدد ، أو لمجرد أنها تأخرت عن موعد نومها ليلاً واستيقظت مجهدة فى اليوم التالى ؟ .

كـــلير : أوه ، لا ، ولكن هذه هى عين الحقيقة بالنسبة لى ، لأننى أتبنى هذه المعايير الصارمة التى غرستها فى نفسى منذ الطفولة المبكرة ، ولذا فربما يكون من الصعب تفتيتها الآن والقضاء عليها مرة واحدة ، إذا ما أدركت ما أقصده تماماً. ولكن من المستحب أن أتعلم كيف أكون أقل قسوة على نفسى .

المعالج : عظيم ، سنناقش فى الجلسة التالية بعض التمرينات ، تسمى تمرينات الوقاية ضد سلوك الانزعاج(١) ، تم تصميمها خصيصاً لتحدى ومقاومة بعض الافتراضات غير الواقعية التى تدور حول معاييرك الصارمة ، وتدور حول ما يمكن أن يحدث أو لا تودين أن يحدث ، أو إذا لم تتحملى نتائج حدو ثهم .

الجلسة السابعة :

إن الهدف الأساسى من الجلسة السابقة هو تقديم وحفظ وإعادة برنامج التعرض للانزعاج . ومع ذلك ، سنبدأها بمراجعة تمرين الاسترخاء العضلى لأربع مجموعات من العضلات (هى عضلات البطن والمعدة ، وعضلات الصدر، وعضلات الكتفين ، وعضلات الجبهة) ، وينبغى أن يُذكّر المعالج – من خلال تمرينات الاسترخاء – مريضه أو ينبهه بأن إتقانك لهذا التمرين ينعكس فى مدى قدرتك على جعل الاسترخاء أكثر قابلية للحمل والتعميم فى مواقف الحياة ، **مع عدم نسيان استمرار المريض إضافة تدريب أية مجموعة عضلية يشعر أنها** لازالت مشدودة أو متوترة .

(1) Worry behaviour prevention exercises .

المعالج : علينا اليوم تغطية أحد أهم المكونات الأساسية فى برنامجنا العلاجى ، ألا وهو التعرض المنظم للأفكار المزعجة لك أو للمشكلات المزعجة لك . وتذكرى أن مصدر انزعاجك هو عبارة عن محاولة لحل مشكلة عادة ما تكون مهددة لمستقبلك أو تمثل موقفاً خطيراً بالنسبة لك . وغالباً ما يتم علاج الانزعاج الشديد من خلال الحل الفعال لمشكلة ما . وهنا نجد أن الفرد لا يركز على الحلول الواقعية بل يركز على المعاناة والإرهاق من القلق ، ويركز على التنبؤات السلبية التى تستخدم فقط فى زيادة مستوى القلق . إن المنهج الذى سأقدمه لك الآن سيساعدك على زيادة الإحساس بالتحكم فى مصادر الانزعاج والسيطرة عليها ، وسيساعدك كذلك فى إدارة حركتها بحيث تصبحين أكثر قدرة فى السيطرة على هذه المصادر بالمقارنة إلى ما تفعلينه الآن . إن السبب فى استمرار وجود مصادر الانزعاج هذه يكمن فى أنك ربما لم تفكرين فيها مطلقاً ، أو ربما لم تتصدى للتفكير فيها ومعالجتها واقعياً نهائياً . وقد تكونين قد عرّضْت نفسك للتشتيت عند المعاناة من هذه الأفكار بأن تتلفظى بأشياء من قبيل «أوه ، لا أستطيع التفكير فيها الآن» ، أو بالإلتهاء فى عمل ما تشغلين به نفسك وتحولين به الانتباه من هذه الأفكار . وربما تضطرين أيضاً للقول «بأنك لا تستطيعين التفكير فى هذه الأمور على الإطلاق» ، لأن مثل هذه الأفكار شديدة الإثارة للقلق وتزعجنى جداً» إنه من الطبيعى جداً ألا يحب الإنسان التفكير فى شىء ما يجعله قلقا ولكنه فى الوقت نفسه، إذا ما قال له شخص ما لا تفكر فى الأفيال ذات اللون الوردى الأحمر (القرنفلى) ، فإن أول فكرة ستطرأ على مخيلتك هى التفكير فى هذا النوع من الأفيال قرنفلية اللون ! . وهذا هو سبب الصعوبة الشديدة فى تجنب التفكير فى مصادر الانزعاج بطريقة ناجحة ، لأنك لم تعط لنفسك الفرصة للتفكير فى طبيعة هذه المصادر حتى تثير لديك كل هذا الرعب والهلع والقلق . لقد صممنا هذا الأسلوب ليساعدك فى التغلب على ما نشير إليه على أنه نمط من أنماط «المنحى – التجنبى أو منحى التحاشى[1]» والتفادى . ولسوف تتعلمين التفكير فى طبيعة مخاوفك ومصادر انزعاجك بطريقة تختلف تماماً عن الطريقة التى

(1) approach - avoidance pattern .

تتبعينها عند التفكير فى مثل هذه الأمور . والآن سأطلب منك التفكير فى مصدر من مصادر الانزعاج التى حددناها على أنها تحدث منذ نصف ساعة وتتكرر يومياً . أنت لن تفعلى شيئاً محدداً ، ولكن اجعلى تركيزك ينصب على مصدر انزعاجك وفكرى فى طبيعته لمدة نصف ساعة . وبهذه الطريقة ، يمكننا تخفيض الفترة الزمنية التى تعانين فيها من الانزعاج بحيث لا يصبح اليوم كاملاً ، أو معاناة ١٠٠ ٪ طوال اليوم، كما أفصحت عن ذلك عند مقابلتى لك أول مرة ، بل تقل فترة الانزعاج إلى نصف الساعة يومياً فقط . عليك القيام بتوليد أسوأ النتائج المخيفة التى تترتب على مصدر من مصادر الانزعاج التى يمكنك تخيل وقوعها أو حدوثها ، ثم بعد ذلك اطرحى أمام هذا المصدر بدائل عديدة لأسوأ النتائج التى يمكنك التفكير فيها (راجعى الشكل ٤ – ٤) .

دعينا نستعمل أحد الأمثلة التى دونتيها فى سجل المراقبة المعرفية لنشرح عملياً من خلاله عملية التعرض المنظم لأى مصدر من مصادر الانزعاج . لقد ذكرت هنا أن إحدى صديقاتك اتصلت بك هاتفياً لتقول لك أنها ستأتى لزيارتك خلال نصف ساعة ومن دون سابق إنذار . فما أسوأ الصور الذهنية التى يمكن أن تتخيليها إذا ما حضرت صديقتك إليك فجأة ودون استعداد من جانبك ؟ .

كـــلير : والسجاجيد والبُسُط غير المرتبة ولسوف تسخر منى ، وربما عند عودتها لمنزلها تتحدث لكل من يقابلها من المعارف عما شاهدته عندى ، وترى أننى سيدة لست نظيفة أو أم لا تتحمل مسئولياتها . ولسوف أفقد احترامهم لى ، ولربما أصبح أضحوكة لكل من هب ودب .

المعالج : ما مدى لمعان وشدة وضوح هذه الصور الذهنية فى ذهك ، على بُعد تترواح عليه الدرجات من صفر إلى ثمانى درجات ؟ .

كـــلير : حوالى خمس درجات .

المعالج : أريد أن تتخيلى أنك تشاهدين نفسك فى فيلم سينيمائى . يمكنك بهذه الطريقة أن ترينْ بوضوح تام الصدمة ، ثم ترينْ بعد ذلك الضحك المضمر على وجه صديقتك عندما دخلت شقتك . سترينْ أيضاً استخدامها للهاتف مستدعية إحدى صديقاتها الأخريات لتحدثها بالتفصيل عما بدا لها من عدم نظافة بيتك ، وترينْ وتسمعين ضحكها

الوحشى . فما تقديرك لدرجة نصوع هذه الصورة الذهنية ؟ .

كـــلير : واضحة جداً ، وتقديرى لها يدور حول سبع درجات .

المعالج : جيد . الآن سيطرى على هذه الصورة الذهنية واحتفظى بها على الأقل لمدة خمس أو عشر دقائق أخرى . واجعلى تركيزك ينصب على ما رأيتيه وما سمعتيه فى الموقف . إنك على الرغم من ذلك ، ستشعرين وتلمسين ما يمكن أن يحدث حولك . فما هو مستوى القلق لديك الآن ؟ .

كـــلير : حوالى سبع درجات .

المعالج : استمرى فى الاحتفاظ بالصورة (لمدة تتراوح بين خمس إلى عشر دقائق أخرى) ، وما مستوى قلقك الآن ؟ .

كـــلير : لازال حوالى سبع درجات .

المعالج : والآن استمرى فى السيطرة على هذه الصورة فترة أطول (لا تزيد عن خمس دقائق أخرى) ، فما هو مستوى القلق لديك الآن ؟ .

كـــلير : تقريباً خمس درجات .

المعالج : جيد جداً ، والآن يا كلير ، أريد منك أن تبدأى فى استخدام استراتيجياتك المعرفية لمقاومة هذه الصورة المأساوية القابعة فى ذهنك . فما هى البدائل الممكنة لهذه الصورة ، وما هو أول بديل سيظهر فى فكرك على الإطلاق ؟

كـــلير : إن صديقتى هذه لن تهتم بالحالة التى عليها بيتى ، فهى قد جاءت فقط للإطمئنان علىَّ . وربما لا تلاحظ حتى مجرد أننى لم أرتب الفرش والبسط والسجاجيد ، ولم أمسح أرضية المطبخ . وربما تلاحظ ، ولكنها لم تهتم ، ولم تفكر إطلاقاً فى التحدث هاتفياً لكل الآخرين بما هو عليه حال بيتى . إن بيتى ليس قذراً بالمقارنة إلى كثير من بيوت صديقاتى الأخريات ، فإن بيتى يعد تحفة نادرة بأى حكم وبأى معيار كان إذا تمت هذه المقارنة ، وربما تفكر فى أننى ربة بيت دائماً نظيفة وأحرص على نظافة بيتى وجماله ، وربما تكون مسرورة ومرتاحة لأنها رأت أننى لم أنظفه هذه المرة كنوع من التغيير .

المعالج : عظيم . فما تقديرك لمستوى قلقك الآن .

كـــلير : واو ، لقد نزل إلى حوالى درجتين أو درجة واحدة ، ولكننى أشعر بالتنغيص وعدم الرضا عند أداء التمرين للتعرض للانزعاج . إن معدتى تتغير وترتبك إلى حد ما عندما تطلب منى أن أتصور أسوأ النتائج ، ولا أدرى ما إذا كنت سأقدر على تنفيذ هذا البرنامج فى بيتى .

المعالج : من المتوقع حدوث بعض التغيرات الانفعالية والجسمية التى يمكنك الشعور بها عند تنفيذك تمرين التعرض للانزعاج . وما يجب عليك أداؤه بالفعل هو مواجهة كل الأفكار التى كنت تتجنبيها ومقاومتها لأنه بسببها كانت تتولد داخلك المشاعر والانفعالات المصاحبة لها . وشأن هذا التمرين شأن أى مهارة أخرى تريدين التدريب عليها لاكتسابها ، فيجب ممارستها ، وهذا يستغرق وقتاً وجهداً . وإذا كنت قلقة بشدة من الاستمرار فى التعرض للانزعاج أثناء تخيل أسوأ الصور الذهنية ، استمرى فى محاولة تخيل صورة ذهنية بعينها على قدر المستطاع . ومن ثم سينخفض مستوى قلقك ، كما رأيت فى الجلسة العلاجية الراهنة ومن الضرورى جداً أن تخصصى وقتاً يتراوح بين ٢٥ - ٣٠ دقيقة على الأقل للتركيز على أسوأ الصور الذهنية المحتملة لانزعاجك وتخيلها . وبتخصيص هذا الوقت الكافى ، يمكنك مساعدة نفسك فى التعود على معايشة مثل هذه الصور الذهنية السلبية بحيث لم تعد تثير قلقك . إن مستوى القلق لديك سيصل إلى أقصى مدى ثم بعد ذلك يعاود الانخفاض إلى أدنى مستوياته ، خاصة عندما تتأقلمين مع هذه الصور الذهنية السلبية المصاحبة له . تذكرى استخدام الاستراتيجيات المعرفية بعد تخيلك لما هو أسوأ . هذا بالإضافة إلى كونك تستطيعين استخدام الاسترخاء بعد تخيل أسوأ النتائج ، إذا ما حدثت ، أى توترات جسمية استجابة منك لإجراءات تمرين التعرض . وعليك فعل ذلك بشكل محدد أثناء التعرض ذاته ، ولا تسمحين بأى شىء يمكن أن يشتتك عن تخيل أسوأ النتائج والصور الذهنية المترتبة على الانزعاج .

الجلسة الثامنة :

نبدأ الجلسة بمراجعة تمرينات التعرض للانزعاج وتسميعه ، ثم يتم تقديم إجراءات الاسترخاء واستحضاره ذهنياً .

المعالج : لقد قمت بعمل ضخم من خلال الواجبات المنزلية ، وبصفة خاصة تلك الأعمال اليومية المتصلة بجزء التعرض للانزعاج ، يمكننا القول بأنه انجاز كبير ، ولكن لا تنسى أنه يمثل تراكماً مفيداً لك على المدى الطويل ، ويمثل نوعاً من الاستثمار يفيدك فى البرنامج العلاجى .

كـــلير : نعم . أعرف ذلك وأدركه ، لأن مستوى قلقى قد انخفض تماماً إلى أدنى مستوياته بالمقارنة إلى مستواه عندما قدْمت لأول مرة للعيادة . أشعر الآن بأنى أكثر استرخاء ، وعلى الرغم من أننى مازلت أعانى من الانزعاج كثيراً ، فإنه لم يعد يربكنى كما كان الحال فى السابق ، وقبل توظيفى لإجراءات التعرض له .

المعالج : إن جهودك التى تقومين بها وتبذليها هى محل اعتبار وتقدير ، فإن ذلك البرنامج المكثف يتطلب من المريض درجة عالية من الدافعية ورغبة أكيدة لتغيير كل أنماط التفكير السلبية لديك شأنها فى ذلك شأن أنماط السلوك المرتبطة بمصادر الانزعاج . ما موقفك من تمرينات الاسترخاء الآن ، وما مدى إتقانك لها ؟ .

كـــلير : جيد جداً . أمارسها كل يوم ، على مدى اليوم . أحياناً أؤديها الآن عند الاستحمام وأثناءه ، أو عند قيادتى للسيارة ، وأحاول أداءها قبل نهوضى صباحاً من السرير . ولازلت ينتابنى شعور مرعب عند الاستيقاظ ، وأثناء استقبالى لأحداث اليوم ، هذا مجرد تخمين . ولكن هذا الشعور أصبح ضئيلاً بحيث لا يمكن ملاحظته .

المعالج : هذا الذى أسمعه شيء حسن . ولأنك الآن تبدين مسيطرة على ممارسة الاسترخاء ، فأعتقد الآن أنه يكون من المناسب أن تبدأى ممارسة تمرينات الاسترخاء الذهنى ، أو باستحضارها كخبرة ذهنية . ويتضمن **هذا الإجراء استحضار مشاعر الاسترخاء دون أداء فعلى لها . فبدلا من** عملية بعث الشد العصبى للعضلات وقبل تحريرها من هذا الشد ، يمكنك الأن ببساطة إرخاء العضلات وتحريرها من الشد عبر قوة التركيز

والاستدعاء . يمكنك التركيز على مجموعة من المجموعات العضلية الأربع التى كنت تقومين بتدريبها مسبقاً على الاسترخاء ، ويجب أن ينصب تركيزك على تحرير هذه المجموعات العضلية من الشد والضغط حتى تشعرى بالراحة والاسترخاء فى كل جزء من أجزاء جسمك . واحرصى على الاحتفاظ بنمط منتظم من التنفس السلس الهادىء البطىء عند ممارسة الاسترخاء باستحضاره ذهنياً ، مثلما كنت تمارسينه فعلاً بأشكاله الأخرى السابقة . وحاولى ممارسة هذا الإجراء فى مناخ مشتت ، كله صخب وضجيج ، وحتى خلال المواقف المثيرة للمشقة النفسية ، حتى يصبح الاسترخاء مهارة تقبل التعميم فى كل المواقف بشكل حقيقى ، ومن ثم يمكنك استخدامها حيثما كنت ، ومهما كانت الظروف المحيطة بك .

الجلسة التاسعة :

بالإضافة إلى مراجعة المهارات التى تم تعلمها فى الجلستين السابقتين (كالتعرض لمواقف الانزعاج ، واستحضار الاسترخاء ذهنياً) ، يتم تقديم إجراءات الوقاية ضد سلوك الانزعاج فى هذه الجلسة .

المعالج : كما ذكرنا مرات عديدة فى مقابلاتنا المسبقة الأولى معاً ، فإن جزءً من برنامجنا العلاجى يتضمن تحديد سلوكات ونشاطات محددة ، التى كنت – أغلب الظن – إما تحرصين على فعلها أو تتجنبينها لكى تتخلصين مؤقتاً من المعاناة من القلق . وما يحدث فى كل الأحوال أن هذه السلوكات واقعياً يتم دعمها بهذا الشكل ، كما أنها تقوم بدعم انزعاجك وقلقك على المدى الطويل حتى أنها تصبح نتاجاً مضاداً . وأود اليوم أن أضع قائمة من هذه الأنماط السلوكية التى تقومين بها ، أو النشاطات التى تتجنبين فعلها ، بسبب شعورك بالقلق والانزعاج . من أمثلة هذه الأنماط السلوكية والنشاطات ، تجنب قراءة أجزاء محددة من الجريدة ؛ كقسم أخبار الصحة ، أو أخبار النعى ، وتنظيف البيت مرات عديدة ، والاستيقاظ مبكراً للحاق بمواعيد العمل إلى آخره . ودعينا الآن نأخذ منك بعض هذه النماذج السلوكية يا كلير .

كـــلير : أعتقد أن أبرز أنماط سلوكى وضوحاً هو تجنبى الذهاب لمشاهدة مباريات كرة القدم التى يكون فريق ابنى طرفاً فيها . وبسبب القلق أصبح ابنى يتوسل إلىّ للمكوث بالبيت لمشاهدة المباريات فيه ، وأكون بالفعل ميالة لفعل ذلك ، ولكن حتى المشاهدة لهذه المباريات فى التلفاز أتجنبها ، بحيث يصبح يوم المباراة أطول يوم فى حياتى رغم ما فيه من مواكب ومهرجانات كروية تبعث على البهجة ، المهم أنه يكون عسيراً علىّ فعل هذا الأمر ، لأننى متأكدة من ذلك .

المعالج : عموماً هذا نشاط واحد فقط . وماذا عن مستوى قلقك الناتج عن فكرة ذهابك لمشاهدة المباراة . على مقياس يتراوح من صفر إلى ثمانى درجات ؟ .

كـــلير : حوالى سبع درجات .

المعالج : وما الأشياء الأخرى التى يمكن وضعها فى هذه القائمة من النشاطات وأنماط السلوك التجنبى ؟ وماذا عن عدم قيامك بنظافة البيت عدداً قليلاً من الأيام ؟ .

كـــلير : أوه ، حوالى ست أو سبع درجات .

المعالج : وماذا عن نومك متأخرة ؟ أو عدم ترتيبك لحجرة النوم بعد الاستيقاظ صباحاً ؟ .

كـــلير : حوالى أربع درجات .

المعالج : وماذا عن عدم تنظيفك للحمام مرة واحدة يومياً بدلاً من روتين التنظيف اليومى له مرتان أو ثلاثة ؟ .

كـــلير : حوالى ثلاث درجات فقط . أما إذا لم أستطع تنظيف الحمام يوماً كاملاً إطلاقاً ، قد يرتفع مستوى قلقى إلى خمس درجات .

المعالج : وماذا عن اتصال زوجك بك هاتفياً من العمل ؟ ماذا يحدث إذا مرّ يوماً واحداً دون اتصال ؟

كـــلير : ربما يصبح مستوى القلق ست درجات .

المعالج : وماذا يحدث إذا لم يتصل حتى يعود إلى البيت ؟

كـــلير : أوه . هذا غير معتاد ويعد وقتاً طويلاً بالنسبة لى إذا لم يتصل على الأقل مرة واحدة ، عموماً لن يكون ذلك شيئاً سيئاً للغاية ، ومن ثم فربما يكون مستوى قلقى درجتان .

المعالج : لدينا عدد قليل من النشاطات التى يمكن من خلالها تكوين قائمة أنماط من السلوك ، وهى : الذهاب لمشاهدة المباراة (سبع درجات) . عدم التنظيف لعدة أيام (٦ إلى ٧ درجات) . عدم اتصال الزوج هاتفياً (٦ درجات) . عدم تنظيف الحمام يوماً كاملاً مطلقاً (خمس درجات) . عدم ترتيب حجرة النوم ذات صباح (أربع درجات) . نظافة الحمام فقط مرة واحدة فى اليوم (٣ درجات) . اتصال الزوج هاتفياً فقط قبل مغادرته العمل عائداً للبيت (درجتان) .

خلال هذا الأسبوع ، يمكنك البدء بآخر بند فى القائمة ، والمسمى اتصال الزوج هاتفياً فقط قبل مغادرته العمل عائداً للبيت . ضعى تقديراً لمستوى قلقك على مدى اليوم كاملاً كل أسبوع عندما تعرفين أنه لم يتصل بك هاتفياً إلا متأخراً، ثم ضعى تقديراً لمستوى قلقك بعد اتصاله الهتفى . ودعينى أعرف النتيجة بعد ذلك . فإذا ما وجدت نفسك منزعجة عليه أثناء النهار ، عليك استخدام استراتيجياتك المعرفية واستحضار الاسترخاء ذهنياً ليساعدك على التحكم فى درجة انزعاجك وتخفيض مستوى قلقك (راجعى الشكل ٥ – ٤ السابق) .

الجلسة العاشرة:

فى الجلسة العاشرة ، يقوم المعالج بالتركيز على مراجعة إجراءات التعرض للانزعاج والمقاومة المعرفية ، واستحضار الإسترخاء ذهنياً ، وتمرينات الوقاية ضد سلوك الانزعاج . وعلى المعالج كذلك أن يعين البند التالى فى شدة استثارته للانزعاج ، ضمن القائمة التى تم تحديدها فى الجلسة التاسعة ، حتى يعالجه ، معتمداً على قدرة المريض الجيدة فى إتقان التمرين وممارسة إجراءات الوقاية ، لتحديد ما إذا كانت هناك أية مشكلات فى الممارسة . وأخيراً ، يتم مناقشة إجراءات الاسترخاء الموجه بالهاديات .

الجلستان الحادية عشرة والثانية عشرة :

يتم تكريس هاتين الجلستين لمراجعة كل مكونات البرنامج العلاجى التى تم تقديمها للمريض بالتوازى مع تقديم فكرة واضحة عن كيفية إدارة المريض لوقته،

ومدى تمكنه من مبادئ حل المشكلات والاستراتيجيات المعرفية . والسبب فى ذلك أن هذه الأساليب العلاجية غالباً ما تتداخل مع بعض الاستراتيجيات المعرفية التى عرضنا لها مسبقاً ، ولا زال بعضها الآخر لم نعرض له فى الجلسات السابقة.

فعلى سبيل المثال ، إذا وجد المريض أنه يصعب عليه أن يفسح مجالاً لكل شيء يقابله يومياً من أحداث الحياة أو كان لديه مشكلات فى تحديد مواعيد المقابلات النهائية ، ينبغى أن يقوم المعالج بفحص ودراسة معايير المريض الذاتية غير الواقعية التى يكبل نفسه بها بلا حدود ، وهى المعايير المثالية التى يجب أن يحققها أداؤه ، كما يناقش النتائج السلبية غير المنطقية إذا لم ينجز كل شيء كما يريد . وتعد المقاومة المعرفية من أفضل أساليب التدخل لنقض الأفكار السلبية السابقة ، عندما يوظفها المريض بالتوازى مع تعليم المريض كيفية الالتزام بالجدول اليومى وتنفيذه مع تخصيص متسع من الوقت لإنجاز مكونات هذا البرنامج العلاجى .

وبالطريقة ذاتها ، إذا ما قرّر المريض أنه يعانى صعوبة فى اتخاذ القرار مصدرها خوفه من أنه لن يصل للقرار السليم أو الاختيار الصائب ، على المعالج أن يشرح لمريضه ضروب الأخطاء وألوان الخسارة التى سيتعرض لها إذا لم يواجه هذا الخوف المفتعل بواقعية ، ومن ثم سيتولد كثير من النتائج السلبية مستقبلاً بسبب طغيان تفكيره المأساوى واحتمالات تضخيم نتائج هذا التفكير السلبى . ومن أفضل الأساليب العلاجية فى هذه الحالة ، عملية االمفاكرة بهدف توليد أكبر عدد من البدائل الممكنة للعجز عن اتخاذ القرار أو لأية مشكلة يعانيها المريض ، بالإضافة إلى الممارسة المنظمة للتعرض للانزعاج وأشكال المراقبة المعرفية الذاتية.

الجلسة الثالثة عشرة

بالإضافة إلى مراجعة المهارات التى تم تعليمها للمريض على مدى الجلسات الاثنتى عشرة السابقة ، ومدى التحسن الذى أحرزه ، فإن ثمة هدفاً أساسياً تختص به الجلسة الثالثة عشرة ألا وهو تزويد المريض بجدول أعمال طويل المدى يجب عليه تنفيذه بكل دقة والاستمرار فى الالتزام به وتطبيق كل الأساليب العلاجية التى مارسها مع المعالج حتى يتخلص من القلق .

المعالج : كلير – لقد قدمنا لك مجموعة كبيرة من المعلومات تدور حول القلق العام ومهارات مواجهته والتعايش معه . ولأن هذه ستكون جلستنا العلاجية الأخيرة معاً وقبل استمرارك فى ممارسة كل الأساليب العلاجية بمفردك بعد ذلك ، فمن الجدير بنا أن نركز جهدنا على مراجعة بعض المهارات التى ستمارسينها وحدك بكل دقة وأمانة ، ويكون من المفيد التحدث عن المستقبل .

كــــلير : إن ذلك أمر يبعث على طمأنتى ويبث الأمن داخلى ، لأننى أشعر الآن بقليل من الشد والعصبية بسبب توقف العلاج .

المعالج : ولماذا برزت هذه المشاعر القليلة ؟

كــــلير : حسن ، أخشى أننى إذا لم أتردد بانتظام على العيادة ، أن يكون ذلك سببا فى فقدى لكل المكاسب التى حققتها ، ومن ثم أعود لنقطة الصفر التى بدأت منها وهى الدمار العصبى والتعاسة فى الحياة ، أنا لا أريد العودة مرة ثانية لهذا الطريق .

المعالج : حدثينى عن بعض الأسباب التى تجعلك تفقدين بعض مكاسبك العلاجية .

كــــلير : إننى لن أراك بانتظام وربما يكون ذلك سبباً فى نسيان ممارسة بعض التمرينات ، ولا أعرف كيف أسيطر على أفكارى ومشاعرى .

المعالج : وإلى أى مدى أنت متأكدة من حدوث ذلك ؟ .

كــــلير : لست متأكدة ، ولكنه مجرد خوف يتملكنى بشدة الآن . وأظن أن ذلك نوع من الاستنتاج العاطفى[1] أو التفكير الانفعالى نشأ داخلى بسبب مساندتك لى وتوجيهى علاجياً فترة طويلة . لدىَّ الآن شعور مؤداه أننى لا أتمنى أن تكون هناك أية نهاية للمساندة ولا للجلسات .

المعالج : قد يكون ذلك صحيحاً ، ولكن كيف يمكنك تحقيق ذلك ؟ وهل هذا تفكير واقعى ؟

(1) Emotional reasoning .

كـــلير : عن طريق ممارسة التمرينات ومحاولة تغيير نفسى ، وهو الأمر الذى علىَّ إتقانه إلى حد بعيد .

المعالج : وأين سيكون عليك أن تقومى بمثل هذه التمرينات بهدف تغيير نفسك ؟

كـــلير : بالمنزل ، وبنفسى ! والآن عرفت طريقى جيداً ، ولن أعطى نفسى أى تقدير من أجل عمل يجب علىَّ فعله .

المعالج : كما لا يجب أن تقللى من أهمية مسئوليتك عن التغيير المطلوب . وعندما نلتقى فإن جلساتنا ستوجه نحو تقديم نصيحة محددة أو لمراجعة واجباتك العلاجية المنزلية ، وستأخذ شكل علاقة الأستاذ بتلميذه ، فيما عدا أننا لن نعطى لك شهادة تشير إلى انتقالك لصف جديد ، ولكنها مجرد ارجاع استجابية لما قمت به من جهد وإنجاز وما حققتينه من مكاسب ، وجوانب الضعف التى سنوجه انتباهك للتركيز عليها . كلير : إذا كان عليك أن تمرى بخبرة البعث والولادة من جديد فيما يتصل بخبرة القلق والانزعاج الشديد ، فما الذى يجب عليك فعله إزاء هذه الخبرة ؟ وإذا ما استطعت أن تكتبى خطاباً لنفسك فى المستقبل حيثما كان ذلك ممكناً ، فماذا ستقولين فيه ؟ .

كـــلير : سأقول أنه لا ينبغى أن أدع أى أثر ولو بسيط للهزيمة والانتكاس بحيث يلون وجهة نظرى الكاملة عن نفسى ، وأننى أستطيع دائماً البدء فى أداء ساعة من الممارسة لأسلوب التعرض المكثف لمصادر القلق والانزعاج حتى أكوِّن عادة عدم الخشية والخوف منها ولا أبالغ فى تضخيم حجم آثارها السلبية مستقبلاً ، ويجب ممارسة الاسترخاء ، وتنفيذ بعض سجلات المراقبة الذاتية المعرفية ، والآن ، أنا أعرف كيف أقوم بكل ذلك كما كنت أفعل من قبل إنهاء الجلسات . ولابد أن أذكر نفسى باستمرار – كما كنت تذكر لى كثيراً – أنك على ما يرام ، وإنه لأمر طبيعى أن تشعرى بالقلق أحياناً ، وأن هذا لا يعنى بالضرورة أن هنالك شيئاً ما خطأ بالنسبة لى . أعرف أنه من السهل الآن التحدث إليك فى كل هذه الأمور لأنك معى وتساندنى ، ولكن فى بعض الأحيان يجب علىَّ أن أكافح بشدة إذا ما أردت فعل التمرينات بالبيت فضلاً عن تخيل مواقف الانزعاج ومصادره . سوف أتقدم وأتحسن وأحصل على مكاسب – لا

شك فى ذلك – ولكنه سيكون أمراً شديد الصعوبة عند الإقدام على تنفيذه .

المعالج : وأنا أؤيدك فى كل ما تتوقعينه ، لأن كل الذى فعلناه معا بالفعل هو مجرد تغيير فى بعض طرق التفكير ، والشعور ، والتصرف حينما تكونين قلقة بشدة ، وأن هذه الأرجاع يجب أن تصبح تلقائية بالنسبة لك حيناً من الدهر . ولأنك ستستمرين فى استخدام الاستراتيجيات وتوظيفها ، فسوف تقفين على بعض التغيرات فى الطريقة التى تفكرين بها فى الأحداث ، والطريقة التى تتصرفين بها فى المواقف التى تثير القلق وتكرسه . فهل ثمة دليل لما لديك تظهرين من خلاله أنك لن تقضى على أية تغييرات جديدة شريطة أن تستعملى هذه الأساليب بانتظام ؟ .

كـــلير : لا ، بالطبع ليس لدىَّ أية أدلة . إنه بالتأكيد خوفى من الحصول على ما هو أفضل صحياً بالنسبة لى . أنا أعرف أننى أستطيع أن أجعل هذا الأمر برمته رهن إشارتى وأمرى .

المعالج : دعينا الآن نناقش باختصار بعض الاستراتيجيات . أولاً : لقد علمت شيئاً كثيراً عن طبيعة القلق والانزعاج ، وكيف يمكن الاحتفاظ به والمعاناة منه وقتاً طويلاً . وبعد ذلك تعلمت الاسترخاء ، والآن تستطيعين أن تحررى جسمك من الشد العصبى والتوتر حتى فى أشد المواقف إثارة للمشقة وتشتيتاً للانتباه ، مثل مواقف قيادة السيارة وعند التسوق . ولقد أنفقنا وقتاً طويلاً لتعلم كيفية تحديك لأفكارك السلبية المقلقة بتحديدها ومقاومة المبالغة فى تضخيم النتائج المحتملة المترتبة عليها وعلى التفكير المأساوى . وتلى ذلك ، تعلمك لأسلوب التعرض للانزعاج ، حيث كنت تقضين ساعة فى اليوم تتعرضين خلالها بشكل منتظم للمصادر التى تثير انزعاجك كخوف على ابنك وخوفك على زوجك من حوادث الطريق والطائرات عند الحل والترحال ، كما كنت تتخيلين هذه المواقف بإرادتك الواعية على شكل صور بصرية ذهنية وكذلك أفكارك ثم تقومين بمهاجمة كل الاحتمالات الناشئة عنها . ولقد أتبعنا هذا الأسلوب بتمرينات الوقاية ضد سلوك الانزعاج عندما أتممت بالتدريج أعمالاً ومهمات كانت تسبب لك العصبية واالنرفزة والانزعاج لأنها عبارة عن تنبؤات سلبية والنتيجة الإيجابية أنك أصبحت قادرة حتى

على الذهاب لمشاهدة إحدى مباريات الفريق الذى يلعب له ابنك فى ناديه الأسبوع الماضى ، أليس ذلك صحيحاً ؟ .

كـــليرِ : نعم ، وهذا ليس أمراً سيئاً على الإطلاق . لقد لعب ابنى بشكل حسن ، وكان له دائماً قصب السبق فى العدْو والمنافسة ، وأثار إعجاب مديره الفنى حتى أنه هنأه ومدحه أمام كل أعضاء الفريق بعد انتهاء المباراة . لقد كنت فخورة جداً بنفسى . فى البداية كان قلقى شديداً جداً – حوالى ست درجات – ولكنه بدأ ينخفض تدريجياً مع مرور الوقت وكنت أمارس الاسترخاء ذهنياً وأستعمل الاستراتيجيات المعرفية طوال وقت المباراة . ولقد كان ذلك محل كثير من السعادة بالفعل لكلينا زوجى وأنا، لأننا ذهبنا معا وجلسنا مع أصدقاء حميمين جداً يلعب ابنهم أيضاً ضمن أعضاء فريق ابنى .

المعالج : هذا عظيم . بعد ذلك تحدثنا عن كيفية إدارة الوقت وحل المشكلات بحيث لم يعد ذلك يمثل لك أى نوع من أنواع الصعوبات .

سوف نلتقى مرة ثانية بعد شهر من الآن لمراقبة تقدمك وللقضاء على أية مشكلة أو أية صعوبة تواجهك . وبعد ذلك ، سوف نلتقى مرة ثانية خلال الشهور التالية لمناقشة مدى تحسنك ساعتها . وإذا ما واجهتك أى صعوبات خطيرة خلال هذه الفترة ، تستطيعين بالتأكيد الاتصال بى هاتفياً . وعليك التركيز من الآن على الأساليب العلاجية التى تعلمتيها . وواجبك أن تحققى تقدماً شديداً يا كلير ، وتذكرى أنه ليس لديك أى دليل يشير إلى أنك ستعجزين عن الاستمرار فى ممارسة الأساليب العلاجية بمفردك .

مدى تحسن حالة كلير :

وفقاً لبرنامجنا البحثى العلمى ، وكما هو معتاد بالنسبة لمرضانا الذين ينهون برنامجنا العلاجى للقلق فى عيادتنا ، فقد خضعت كلير لتقديرات عيادية بهدف تقييم نتائج التدخل العلاجى وفترة المتابعة ، مما استلزم تطبيقاً للمقابلة المقننة – النسخة المعدلة ، وبعض استخبارات التقرير الذاتى . واستمر انخفاض مستوى القلق والانزعاج لدى كلير فى فترة ما بعد العلاج وفترات المتابعة . وعندما سألتها عن المكونات العلاجية التى وجدتها مفيدة لها بصفة خاصة فى تزويد قدرتها على معايشة قلقها ومواجهته ، ذكرت أن التعرض اليومى لمصادر الانزعاج وإعادة

تكوين المراقبة المعرفية كانا هما الأسلوبين المفيدين لى بصفة خاصة ، وكانا يمثلان الاستراتيجتيين اللتين كنت أستخدمهما بانتظام . وبالإضافة إلى ما سبق فقد أقرت كلير أن معظم المشكلات التى كانت تعانى منها معدتها قد توقفت عن الحدوث ، وأنها شعرت بتحسن أكبر فى السيطرة على انزعاجها وقلقها ، معرفياً وجسمياً . ولقد احتفظت كلير بكل هذه المكاسب على الرغم من أنها لازالت تعانى بعض خبرات الانزعاج على فترات يومية متقطعة ، ومع ذلك تشعر بمزيد من التحكم والسيطرة على هذه المشاعر . أضف إلى ذلك ، أنها قد أقرت بأنها لاحظت أن حل مشكلتها الذاتية يكمن فى مواجهتها للانزعاج ومقاومته بدلاً من تجاهله والالتهاء عنه كما كان يحدث لسنوات طويلة مضت .

وبمقارنة تشخيصها المبدئى بأنها تعانى من قلق عام وفقاً للدليل الأمريكى الثالث المعدّل ، بما حصلت عليه من درجات على المقابلة المقننة المعدلة تمثل معدل شدته العيادية (ست درجات) ، فقد تلقت كلير علاجاً نفسياً بعد تشخيصها بالقلق العام نتج عنه تحسناً جزئياً حيث انخفض معدل القلق إلى درجتين فقط ، كما حدده معالج مستقل لا يعرف عن تشخيصها شيئاً ، بمقياس تتراوح الدرجات عليه من صفر إلى ثمانى درجات . وعلى مدى عام كامل من المتابعة ، تحسنت كلير تحسناً كاملاً وفقاً لتشخيصها بأنها تعانى من اضطراب القلق العام طبقاً للدليل الأمريكى الثالث المعدل .

الخلاصة :

وفقاً لطريقتنا فى العلاج ، كنا نقابل المرضى مرات عديدة ؛ بواقع مقابلة شهرياً تقريباً لمتابعة حالتهم الجيدة عن كثب ، ولمتابعة مدى التزامهم بتطبيق الأساليب العلاجية أو لمساعدتهم فى معالجة وإدارة أى انتكاسات تحدث لأى منهم . وكما لاحظنا خلال مراجعتنا للدراسات العلاجية السابقة فى هذا الموضوع، كان جميع المرضى الذين أكملوا برنامج العلاج النفسى الاجتماعى للتخلص من اضطراب القلق العام ، يمكنهم – وفقاً للأدلة العلمية – الاحتفاظ بمكاسبهم العلاجية. أضف إلى ذلك ، أن العلاج الطبى (مثل مضادات القلق) كان يقل استخدامه أو يتوقف تناوله تماماً لدى كثير من الحالات (Barlow, et al., 1992) ومع ذلك لم يحصل عدد كبير من المرضى الذين خضعوا لهذه البرامج العلاجية إلا على قدر من التحسن لايزيد عن المتوسط . وربما كان أحد أسباب هذه النتيجة

– جزئياً – حداثة هذا النوع من العلاج الذى وُضع خصيصاً لعلاج الجوهر أو العنصر الأساسى لاضطراب القلق العام ، الذى يسمى بالانزعاج الشديد غير القابل للضبط والسيطرة عليه . وينبغى أن نعرف – على مدى السنوات التالية – ما إذا كانت هذه البرامج العلاجية شديدة التخصص سينجم عنها ألوان من التحسن الأساسى الدائم الثابت لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق العام أم لا .

REFERENCES

American Psychiatric Associtiation. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3/1/93.* Washington, DC: Author.

Anderson, D. J., Noyes, R., & Crowe, R. R. (1984). A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry, 141,* 572-575.

Andrews, V. H., & Borkovec, T. D. (1988). The differential effects of inductions of Worry, somatic anxiety, and depression on emotional experience. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 19,* 21-26.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic.* New York: Guilford Press.

Barlow, D. H. (1991). The nature of anxiety: Anxiety, depression, and emotional desorders. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 1-28). New York: Guilford Press.

Barlow, D. H., Blanchard, E. B., Vermilyea, J. A., Vermilyea, B. B., & DiNardo, P. A., (1986) Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry, 143,* 40-44.

Barlow, D. H., Cohen, A. S., Waddell, M., Vermilyea, J. A., Klosko, J. S., Blanchard, E. B., & DiNardo, P. A. (1984). Panic and generalized anxiety disorder:Nature and treatment. *Behavior Therapy, 15,* 431 - 449.

Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy, 20,* 261 - 282.

Barlow, D. H., & DiNardo, P. A. (1991). The diagnosis of generalized anxiety disorder: Development, current status, and future directions. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety - depression* (pp. 95 - 118). New York: Guilford Press.

Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 23,* 551 - 570.

Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A conitive perspective.* New York: Basic Books.

Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training.* Champaign, IL: Research Press.

Blowers, C., Cobb, J., & Mathews, A. (1987). Generalized anxiety:

A controlled treatment study. *Behaviour Research and Therapy, 25,* 493 - 502.

Borkovec, T. D., & Costello, E. (in press). Efficacy of applied relaxation and cognitive - beahvioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.*

Borkovec, T. D., & Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behavioür Research and Therapy, 28,* 69 - 73 .

Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorders: A comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 877 - 884 .

Borkovec, T. D., Mathews, A. M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive therapy or nondirective therapy and the role of relaxation - induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 883 - 888 .

Borkkovec, T. D., Shadick, R., & Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety - depression* (pp. 29 - 51). New York: Guilford Press.

Breslau, N., & Davis, G. C. (1985). DSM-III generalized anxiety disorder: An empirical investigation of more stringent criteria. *Psychiatry Research, 14,* 231 - 238.

Brown, T. A., Antony, M. M., & Balrow, D. H. (1992). Psychometric properties of the Penn state Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour Reseach and Therapy, 30,* 33-37.

Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 835-844.

Brown, T. A., Hertz, R. M., & Balrow, D. H. (1992). New devolopments in cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders. In A. Tasman (Ed.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 11, pp. 285-306). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Brown, T. A., Moras, K., Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1993). Diagnostic and symptom distinguish-ability of generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 24,* 227-240.

Butler, G., & Booth, R. G. (1991). Developing psychological treatment for generalized anxiety disorder. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 187-209). New York: Guliford Press.

Butler, G., Cullington, A., Hibbert, G., Klimes, I., & Gelder, M. (1987). Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British Journal of Psychiatry, 151*, 535-542.

Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive-behavior therapy in the treatment of generalized anxiety desorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology , 59*, 167-175.

Cameron, O. G., Thyer, B. A., Nesse, R. M., & Curtis, G. C. (1986). Symptom profiles of patients with DSM-III anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 143*, 1132-1137.

Chambless, D. L., Cherney, J., Caputo, G. C., & Rheinstein, B. J. G. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders, 1*, 29-40.

Cohen, A. S., Barlow, D. H., & Blanchard, E. B. (1985). The psychophysiology of relaxation-associated panic attacks. *Journal of Abnormal Psychology, 94*, 96-101.

Graske, M. G., Barlow, D. H., & O'Leary, T. A. (1992). *Mastery of your anxiety and worry.* Albany, NY: Graywind Publications.

Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L., & Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 189-198.

DiNardo, P. A. (1991). *MacArthur reanalysis of generalized anxiety disorder.* Unpublished manuscript.

DiNardo, P. A., & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R).* Albany, NY: Graywind Publications.

DiNardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (in press). Reliability of the DSM-III-R anxiety disorder categories using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised. *Archives of General Psychiatry.*

Durham, R. C., & Turvey, A. A. (1987). Cognitive therapy vs. behavior therapy in the treatment of chronic general anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 25*, 229-234.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.

Fyer, A. J., Mannuzza, S., Martin, L. Y., Gallops, M. S., Endicott, J., Schleyer, B., Gorman, J., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1989). Reliability of anxiety assessment: II. Symptom agreement. *Archeves of General Psychiatry, 46*, 1102-1110.

Garvey, M. J., Cook, B., & Noyes, R. (1988). The occurrence of a prodrome of generalized anxiety in panic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 29*, 445-449.

Heide, F. J., & Borkovec, T.D. (1984). Relaxation-induced anxiety: Mechanisms and theoretical implications. *Behaviour Research and Therapy, 22,* 1-12.

Hoehn-Saric, R., & McLeod, D. R. (1988). The peripheral sympathetic nervous system: Its role in normal and pathological anxiety: *Psychiatric Clinics of North America, 11,* 375-386.

Hoehn-Saric, R., McLeod, D. R., & Zimmerli, W. D. (1989). Somatic manifestations in women with generalized anxiety disorder: Psychophysiological responses to psychological stress. *Archives of General Psychiatry, 46,* 1113-1119.

LeBoeuf, A., & Lodge, J. (1980). A comparison of frontalis EMG feedback training and progessive relaxation in the treatment of chronic anxiety. *British Journal of Psychiatry, 137,* 279-284.

Lindsay, W. R., Gamsu, C. V., McLaughlin, E., Hood, treatments for generalized anxiety. *British Journal of Clinical Psychology, 26,* 3-15.

Lovibond, S. H. (1983, May). *The nature and measurement of anxiety, stress, and depression.* Paper presented at the meeting of the Australian Psychological Society, University of Western Australia.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1992). *self-report scales (DASS) for the differentiation and measurement of depression, anxiety, and stress.* Unpublished manuscript.

Lyonfields, J. D. (1991, November). *An examination of image and thought processes in generalized anxiety.* Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.

Marten, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H., Borkovec T. D., Shear, M. K., & Lydiard, R. B. (in press). Evaluation of the ratings comprising the associated symptom criterion of DSM-III-R generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease.*

Meichenbaum, D. S., & Jaremko, M. E. (Eds.). (1983). *Stress reduction and prevention.* New York: Plenum Press.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28,* 487-495.

Moras, K., DiNardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). *Comorbidity and depression among the DSM-III-R anxiety desorders.* Manuscript submitted for publication.

Nelson, R. O., & Barlow, D. H. (1981). Behavioral assessment: Basic strategies and initial procedures. In D. H. Barlow (Ed.), *Behavioral assessment of adult disorders* (pp. 13-43). New York: Guilford Press.

Noyes, R., Clarkson, C., Crowe, R. R., Yates, W. R., & McChesney, C. M. (1987). A family study of generalized anxiety

disorder. *American Journal of Psychiatry, 144,* 1019-1024.

Noyes, R., Woodman, C., Garvey , M. J., Cook, B. L., Suelzer, M., Clancy, J., & Anderson, D. J. (1992). Generalized anxiety disorder vs. panic disorder: Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180,* 369-379.

O'Leary, T. A., Brown, T. A., & Barlow. D. H. (1992, November). *The efficacy of worry control treatment in generalized anxiety disorder: A multiple baseline analysis.* Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.

Rapee, R. M. (1985). The distinction between panic disorder and generalized anxiety disorder: Clinical presentation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 19,* 227-232.

Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review, 11,* 419-440.

Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (Eds.). (1991). *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression.* New York: Guilford Press.

Rapee, R. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1989, November). *The Emotional Control Questionnaire.* Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.

Sanderson, W. C., & Barlow, D. H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178,* 588-591.

Sanderson, W. C., Beck, A. T., & Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships. *American Journal of Psychiatry, 147,* 1025-1028.

Sanderson, W. C., & Wetzler, S. (1991). Chronic anxiety and generalized anxiety disorder: Issues in comorbidity. In R. M. Rapee & D. H. Balrow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 119-135). New York: Guilforod Press.

Schweizer, E., & Rickels, K. (1991). Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp 172-186). New York: Guilford Press.

Suinn, R. M., & Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy programe for anxiety control. *Behavior Therapy, 2,* 498-511.

Turner, S. M., Beidel, D. C., & Stanley, M. A. (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? *Clinical Psychology Review, 12,* 257-270.

White, J., Keenan, M., & Brooks, N. (1991). *Stress control: A con-*

trolled investigation of large group therapy for generalized anxiety disorder. Unpublished manuscript.

Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1991). Mixed anxiety depression: A new diagnostic category? In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and Mixed anxiety-depression* (pp. 136-152). New York: Guilforod Press.

الفصل الخامس

اضطراب الوسواس القهري

الفصل الخامس

اضطراب الوســـواس القهرى

دافيد . س . رجز — إدنا ب . فوا

David S. Riggs — Edna B. Foa

كلية بنسلفانيا الطبية / معهد الطب النفسي شرق بنسلفانيا فيلادلفيا

ترجمـة

دكتورة هبة إبراهيم

قسم علم النفس جامعـــة المنيا

لن أذهب بعيـداً بالقارئ لأبين له أن العلاج الناجح لإضطراب الوسـواس القهرى يختلف بشكل كبير من حيث التكوين والمحتوى عن الطرق العلاجية المعتادة . ولهذا السبب فإن هناك القليل من المعالجين يشعرون بالرضا النفسى عند تطبيق هذا العلاج . وهذه المعلومة الواردة فى هذا الفصل بالتفصيل يجب أن تكون كافية لأى متخصص متمرن فى الصحة العقلية لتطبيق تلك العلاجات ، خاصة إذا توافرت بعض وجهات النظر الأخرى ، فبالنسبة للمتاعب الناتجة عن اضطراب الوسواس القهرى يمكن أن تكون غير عادية ، ولكن حتى بالمحاولات العلاجية غير الدقيقة يمكن أن نخفف كثيراً من تلك المتاعب . ويشرح هذا الفصل بالتفصيل جلسات يومية مكثفة للعلاج بالتخيل أو التعرض الحى ، كما أنه لمن الجدير بالملاحظة البراعة المطلوبة من المعالجين فى صياغة الأسئلة (مثل أين يمكنك أن تجد الحيوانات؟) . وأهمية اشراك ، الاشخاص الاخرين المهمين مهمة تعد استمراراً للموضوع الأول الذى تم شرحه فى الفصل الأول (Craske & Barlow, this volume) حيث يصبح الأزواج أو الأشخاص الآخرين القريبين من الفرد صاحب المشكلة بمثابة جزءاً مكملاً للعلاج، وأخيراً فإن هذا الفصل يحتوى على تنقيح حديث للوضع الحالى للمناحى العلاجية النفسية والفارماكولوجية لاضطراب الوسواس القهرى .

د. هـ. ب

مقــــدمة :

قام أسكويرول فى عام ١٨٣٨ لأول مرة بشرح زملة أعراض الوسواس القهرى ، الذى أعتبر لأعوام عديدة أحد أعقد الأمراض النفسية . وقد أدى التقدم فى العلاجات السلوكية والفارماكولوجية فى العقدين الأخيرين إلى تحسن مآل المرضى . وفى هذا الفصل ، سنناقش القضايا التشخيصية والنظرية لاضطراب الوسواس القهرى وعرض العلاجات المتاحة . وسنقوم الآن بشرح الإجراءات التقويمية ونوضح بالتفصيل كيفية تطبيق العلاج السلوكى المكثف لاضطراب الوسواس القهرى . وخلال هذا الفصل ، سنعرض للتفاعلات التى تحدث بين المعالج والمريض .

تعــــريف :

عبر سنوات عديدة تعرض مفهوم زملة أعراض الوسواس القهرى إلى تغيرات مهمة . ففى البداية عرف مرضى الوسواس القهرى بأنهم يشكون من وجود أفكار مقتحمة مثيرة للكدر وسلوكيات متكررة غير مرغوب فيها ولكنهم يقومون بها بصورة قهرية .

وقد تم تعريف الوسواس القهرى فى الدليل التشخيصى والاحصائى الأول (APA, 1952, DSMI) ، والثانى (APA, 1968, DSM II) بأنه زملة أعراض قصيرة وغير محددة .

أما الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث (APA, 1980, DSM III) والثالث المعدل (DSM III R., APA, 1987) فقد حدد محكات معينة لاضطراب الوسواس القهرى . وقد تم تعريف الوسواس والدفعات القهرية كل على حده .

ويعرف الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث المعدل (DSM III R) الوساوس كالآتى :

أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات ، يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى . ويحاول الشخص أن يتجاهل أو يكبح هذه الأفكار أو النزعات أو يحاول تخفيفها بأفعال وأفكار أخرى . ويعرف الشخص أن أفكاره الوسواسية هى نتاج عقله وليست مفروضة عليه من خارجه (p. 245) .

أما الدفعات القهرية فهى :

سلوكيات متكررة هادفة وعن قصد ، تتم كاستجابة وطبقاً لقوانين معينة أو

بشكل نمطى . وخطط هذا السلوك لمنع أو لتقليل عدم الراحة أو بعض الأحداث أو المواقـف المخيـفة ، إلا أنه إما أن النشاط غير مرتبط بطريقة واقعية مع ما خطط لمنعه ، أو أنه مـبالغ فيه بشدة . ويدرك الشخص أن سلوكه مبالغ فيه وغير معقول . (p. 245)

وقد لاحظت فوا وكوزاك (Foa and Fozak (1991 أن تعريف الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث يعكس تأثير ثلاث وجهات نظر تقليدية لاضطراب الوسواس القهرى:

١ – الوساوس أحداث عقلية والدفعات القهرية أحداث سلوكية .

٢ – قد تحدث الوساوس والدفعات القهرية معا أو منفصلة عن بعضها البعض .

٣ – يدرك الأفراد دائما أن أفكارهم الوسواسية ودفعاتهم القهرية ليس لها معنى .

وقد حبذت فوا وتيلمانس (Foa and Tillmanns (1980 نظرية ارتباط الوساوس والدفعات القهرية وظيفيا . وقد اقترحا تعريف الأفكار الوسواسية والدفعات القهرية على أساس علاقتهما الوظيفية بالقلق أو الكرب ، وليس على أساس الشكل الذى يعبر به عنهما (عقلية أو سلوكية) . وطبقاً لهذا تعرف الوساوس بأنها أفكار أو تخيلات أو نزعات تولد القلق أو الكرب . وتعرف الدفعات القهرية بأنها أفعال ظاهرة (سلوكية) أو غير ظاهرة (عقلية) تتم كمحاولة للتخلص من الشعور بالكرب والقهر ، الذى تسببه الوساوس (الأفكار الوسواسية) وتتساوى الدفعات القهرية السلوكية ، مثل : تكرار غسل اليدين والتأكد من إطفاء الموقد . (من ناحية علاقتها الوظيفية بالوساوس) بالأفعال العقلية ، مثل : تكرار عبارات أو أرقام ذهنيا (فى صمت) ، والمراجعة الليلية لكل ما يصدر عنها وحولها من أنشطة. ويمكن القيام بالدفعات القهرية لمنع الضرر أو استعادة الطمأنينة أو تقليل الشعور بالكرب . ويعكس محك الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل (DSM III- R)

* محطات الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المقتبسة في هذا الفصل هي تلك التي اعتبرت المحكات النهائية بواسطة لجنة العمل الخاصة باضطرابات القلق للدليل التشخيصي والاحصائي الربع للاضطرابات العقلية (APA, 1993) وقد تتعرض هذه المحكات لقدر ضئيل من التعديل في الصياغة عند المراجعة قبل نشر الدليل التشخيصي الرابع .

النموذج الوظيفى للأفكار الوسواسية والدفعات القهرية ، وتدعمه نتائج دراسة ميدانية أجريت حديثاً ونشرت فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع - DSM) IV. APA, 1993) ، وتشير إلى أن ٩٠ ٪ من الدفعات القهرية ترتبط وظيفيّاً بالوساوس فى نظر مرضى الوسواس القهرى ، وأن ١٠ ٪ فقط منها تعد غير مرتبطة (Foa & Kozak, in press) .

ويتضمن النموذج الوظيفى لاضطراب الوسواس القهرى أن الدفعات القهرية لا يمكن أن توجد دون أفكار وسواسية ، ولكن الوساوس من الممكن أن توجد دون دفعات قهرية (وساوس خالصة) .

تشير نتائج الدراسة الميدانية فى الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والاحصائى إلى أن الغالبية العظمى (أكثر من ٩٠ ٪) من مرضى الوسواس القهرى تظهر لديهم وساوس ودفعات قهرية سلوكية ، وعند إضافة الدفعات القهرية العقلية إليها ذكر ٢ ٪ فقط من العينة وجود وساوس فقط دون دفعات قهرية Foa &) Kozak, in press) ، ولأن الوساوس الخالصة موجودة – وإن كانت نادرة – يوضح الدليل التشخيص والإحصائى الرابع أن تشخيص اضطراب الوسواس القهرى يمكن أن يتم فى غيبة دفعات قهرية .

وقد تغير الرأى الذى عرضه الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل– الخاص بأن مرضى الوسواس القهرى يعرفون أن أفكارهم الوسواسية لا معنى لها ، وأن دفعاتهم القهرية غير معقولة وقد عرف الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث المعدل (DSM III R) المشكلة بتسمية مرضى الوسواس القهرى ، الذين لا يرون أن أعراضهم ليس لها معنى بأنهم أشخاص لديهم أفكار مبالغ فى قيمتها (أى لديهم اعتقاد قوى أن أفكارهم الوسواسية ودفعاتهم القهرية معقولة ولها معنى) وترى الدراسات الحديثة أن الأفراد من ذوى الوسواس القهرى أكثر قربا للنظر إلى أعراضهم باعتبارها بلا معنى أو غير مبرره ;Insel & Akiskal 1986) Lelliott, Noshirvani, Basoglu, Marks & Monterio 1988) . وطبقاً لهذا فإن متصل «الاستبصار» أو «قوة الاعتقاد» يمثل الصورة الإكلينيكية ، أفضل من فكرة أن مرضى الوسواس القهرى يرون أن أعراضهم معقولة أو ليس لها معنى.

ويشير الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل إلى أن الأفكار المبالغ فى تقييمها تطورت من وساوس ادركت سابقا باعتبارها بلا معنى . وفى الحقيقة

أن الدراسة الميدانية للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع أسفرت عن أن الأفراد الذين كان ينقصهم الاستبصار فى وقت التقويم ، ذكروا أنه كان لديهم هذا الاستبصار فى وقت ما سابق . كما أن الملاحظات الإكلينيكية توحى ان المرضى يتناوبون بين فترات من الاستبصار وفترات من المعتقدات القوية . وهذا التذبذب يحدث من دقيقة إلى أخرى ، بناء على الحالة المزاجية للفرد والظروف المحيطة به . وكثيراً ما يتعرف مرضى الوسواس القهرى أن أعراضهم ليس لها معنى وغير معقولة عند مناقشتها معهم فى عيادة المعالج ، ولكنهم يفقدون هذا الاستبصار عندما يواجهون بموقف يثير وساوسهم ؛ ولذلك يجب أن يسمح المحك التشخيصى بتشخيص الأفراد الذين ليس لديهم استبصار بعدم معقولية أعراضهم بأنهم مرضى باضطراب الوسواس القهرى . واشتراط أن يتوفر لدى الأفراد هذا الاستبصار – حاليا – قد يؤدى إلى خطأ التشخيص ، وهذا بدوره قد يؤدى إلى علاج غير ملائم .

وقد أدت مناقشة الموضوعات أعلاه إلى التغيرات المقترحة لمحك تشخيص اضطراب الوسواس القهرى فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع . وطبقاً لهذا يتطلب التشخيص وجود إما وساوس أو دفعات قهرية ، وتعرف الوساوس بأنها أفكار مقاومة أو معتقدات أو دفعات قهرية يخبرها الشخص على أنها مقتحمة وغير ملائمة ، وتسبب قلقاً ملحوظاً أو شعوراً بالكرب . وللتمييز بين الوساوس والقلق ، يحدد الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع أن الوساوس ليست مجرد قلق مفرط حول مشكلات الحياة اليومية ، ويحاول الشخص أن يكبح أو يتجاهل الوساوس أو يحايدها بأفكار أو تصرفات وأفعال أخرى . ولتمييز الوساوس عن العمليات الذهانية، يحدد مثل هذا المحك أن الشخص يتعرف أن أفكاره الوسواسية هى نتاج عقله .

ويعرف الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع الدفعات القهرية بأنها سلوكيات متكررة (مثال تكرار غسل اليدين) ، أو أفعال عقلية (مثل تلاوة الصلاة فى صمت) يجد الشخص نفسه مدفوعاً لأدائها ؛ استجابة لوسواس أو طبقاً لقواعد متصلبة . وتهدف الدفعات القهرية منع أو تقليل الشعور بالكرب ، أو منع المواقف المخيفة ، إلا أن الدفعات القهرية تكون إما غير واقعية أو مبالغاً فيها بشكل واضح .

ويتناول المحك «ب» فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع (DSM - IV) ، لاضطراب الوسواس القهرى مسألة تعرف الشخص أن أعراضه بلا معنى .

ويوضح هذا المحك أنه «عند نقطة معينة فى مسار المرض يدرك الشخص أن الوساوس أو الدفعات القهرية مبالغاً فيها وغير معقولة ، مع ملاحظة أن هذا قد لا ينطبق على الأطفال»(APA, 1993) . ولتوجيه انتباه المعالج إلى احتمال غياب الاستبصار فى النوبة الحالية ، يشترط الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع تحديد إذا ما كان الشخص فى معظم الوقت خلال النوبة الحالية «ضعيف الاستبصار» ؛ (أى إن الشخص لا يدرك أن الوساوس والدفعات القهرية مبالغ فيها وغير معقولة) .

وهناك شرط آخر – موجود أيضاً فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل – وهو أن تكون الوساوس والدفعات القهرية شديدة لدرجة تسبب شعوراً ملحوظاً بالكرب ، وأن تستهلك وقت الشخص وتتداخل مع نشاط الشخص المعتاد . وإذا وجد اضطراب آخر على المحور الأول (Axis I) ، فإن الوساوس والدفعات القهرية لا يمكن قصرها على محتوى هذا الاضطراب (على سبيل المثال: الانشغال بالطعام فى وجود اضطرابات الأكل) .

الصورة الإكلينيكية

ديبى سيدة متزوجة فى السادسة والثلاثين من العمر ولم ترزق بأولاد . وقد أوضحت فى جلسة العلاج الأولى أنها تعانى من المخاوف الوسواسية والطقوس منذ خمسة عشر عاماً ، وأنها كانت تخاف فى الماضى من ارتكاب الأخطاء أو نسيان الأشياء أو الإضرار بالآخرين بدنيا أو معنويا ؛ مما نتج عنه قضاء وقت طويل فى مراجعتها لكل ما يصدر عنها من أنشطة . وكانت مخاوف ديبى فى وقت تقدمها للعلاج تتركز فى الخوف من التلوث «بجراثيم» غير محددة ونقل هذا التلوث إلى الآخرين ، مما سيسبب مرضهم وموتهم ، وأنها ستصبح هى المسئولة عن موتهم . وقد تطورت هذه المخاوف أثناء عملها كممرضة عمليات جراحية . وأصبح يقلقها تلوث حجرة العمليات أثناء إجراء الجراحة وأن يؤدى هذا إلى عواقب وخيمة للمريض . وفقدت القدرة على العمل بسبب أعراض مرض الوسواس القهرى ، وكانت تقضى جزءاً كبيراً من وقتها فى غسيل وتنظيف الأشياء المحيطة ببيتها . وأصبحت تتجنب التعامل مع أى شىء تظن أنه يحمل الجراثيم ، بما فى لك الحمامات ومنتجات غذائية معينة والمستشفيات . بالإضافة إلى أنها أخذت تتجنب التعامل مع بقية الناس وخاصة الأطفال ؛ خوفاً من أن تنقل الجراثيم اليهم.

مدي انتشار ومسار اضطراب الوسواس القهري

كان مرض الوسواس القهري يعد نادراً نسبيّاً في وقت ما ، ولكن يقدر انتشاره الآن بحوالي ٢,٥ ٪ (Korno, Golding, Sorensen & Burnam 1988) . وقد أسفرت الدراسات عن أن أكثر من النصف قليلاً من مرضى الوسواس القهري من الإناث (Rasmussen & Tsuang, 1986) . ويتراوح متوسط العمر لبداية ظهور الاضطراب بين المراهقة المبكرة ومنتصف العشرينات ، كما أنه يظهرنمطيا في سن مبكرة بين الذكور (١٣ - ١٥سنة) ، عنه بين الإناث من (٢٠ - ٢٤ سنة) (Rasmussen & Eisen, 1990) وتكون بداية ظهور اضطراب الوسواس القهري تدريجية ، غير أنه توجد تقارير حول بدايات حادة في بعض الحالات . والاضطراب مزمن في أغلب الأحوال مع أعراض تتذبذب ارتفاعا وانخفاضا في الشدة . وعلى الرغم من ذلك فقد لوحظت نوبات ودورات من التدهور لدى حوالي ١٠ ٪ من المرضى (Rasmussen & Eisen, 1989) .

وكثيرا من مرضى الوسواس القهري يعانون لعدة سنوات قبل أن يسعون إلى طلب العلاج . وظهر من أحد الدراسات أن أن مرضى الوسواس القهري يتكتموا أعراضهم ولم يمتثلوا للعلاج إلا بعد مرور سبع سنوات من المعاناة من الأعراض ذات الدلالة (Rasmussen & Tsuang, 1986) . وقد يسبب هذا الاضطراب إعاقة وظيفية ؛ مما قد يؤدى إلى فقد الوظيفة وسوء العلاقات الزوجية والبين شخصية . وقد أقر حوالي ٥٠ ٪ من مرضى الوسواس القهري المتزوجين معاناتهم من الكرب الزواجي (EmmelKamp, de Haan & Hoogduin, 1990; Krggs, Hrss & Foa, 1992) .

الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري

يصاحب اضطراب الوسواس القهري عادة أمراض أخرى وشكاوى ، مثل : الاكتئاب والقلق ومخاوف التجنب (Tynes, White & Stekette, 1990; Karno et al., 1988; Rasmussen & Tsuang, 1986) . وقد أسفرت نتائج الدراسات الوبائية عن أن حوالي ٣٠ ٪ من مرضى الوسواس القهري يعانون أيضاً من نوبة اكتئاب اساسي (Karno et al., 1988) . وقد وجد أن حوالي ٤٠ ٪ من مرضى الوسواس القهري يعانون من اضطرابات النوم ، ووجود الاكتئاب لدى مرضى الوسواس القهري مسألة مهمة لأن بعض الدراسات أسفرت عن أن الاكتئاب

الشديد قد يعوق كفاءة العلاج السلوكى للوسواس القهرى (Foa, 1979; Foa Grayson & Sketee, 1982) .

كما أن تزامن وجود اضطرابات القلق مع اضطراب الوسواس القهرى مرتفع أيضاً ، وقد أسفرت نتائج دراسة راسموسين وتسوانج Rasmussen and Tsuang (1986) عن أن نسبة حدوث المخاوف البسيطة والمخاوف الاجتماعية واضطرابات الهلع لدى مرضى الوسواس القهرى خلال فترة ما من حياتهم ، هى : ٣٠٪ ، ٢٠٪ ، ١٥٪ على التوالى .

كما تشير نتائج الدراسات إلى وجود ارتباط بين اضطراب الوسواس القهرى واضطرابات الأكل. وقد وجد أن حوالى ١٠٪ من مرضى الوسواس القهرى لديهم تاريخ مرضى لفقدان الشهية العصبى (Kasviskis, Tsakiris, mark, Basoglu & Noshirvani, 1986) ، وأكثر من ٣٣٪ من مرضى الشره العصابى لديهم تاريخ مرضى للوسواس القهرى (Hudson, Pope, Yurgelun - Todd, Jones & Frankenburg, 1987; Laessle, Killi, Fichter, wittchen & Pirke, 1987) .

كما يظهر أن اضطرابات اللوازم مثل زملة أعراض توريت مرتبطة باضطراب الوسواس القهرى فقد أقر حوالى ٢٠ - ٣٠٪ من مرضى الوسواس القهرى أن لديهم تاريخاً مرضيّاً حالياً أو سابقاً لاضطرابات اللوازم (Pauls, 1989) . وتشير الإحصائيات إلى أن نسبة وجود أعراض مشتركة لزملة أعراض توريت تتراوح بين ٣٦٪ إلى ٥٢٪ (Leckman & Chittenden, 1990; Paul, Towbin, Leckman, Zahner & Cohnen, 1986) . كما يعتقد أن نسبة ٥٪ إلى ٧٪ من مرضى الوسواس القهرى يعانون من زملة أعراض توريت (Rasmussen & Eisen, 1989) .

التشخيص الفارق

كثيراً ما يجعل التزامن العالى لاضطراب الوسواس القهرى مع اضطرابات أخرى التشخيص الفارق صعباً . ووجود الاكتئاب مع الوسواس القهرى قد يتطلب التمييز بين اجترار الافكار الاكتئابى المتعلق بمشكلات أو ظروف الحياة غير السارة والوساوس الحقيقية . فاجترار الافكار شائع لدى مرضى الاكتئاب ، ويعد متوافقاً مع المزاج الاكتئابى . وعلى العكس من مرضى الوسواس القهرى الذين يحاولون

أن يتجاهلوا أو يكبحوا وساوسهم ، لا يحاول الأفراد المكتئبون أن يكبحوا تفكيرهم الاكتئابى .

كما أن النسبة العالية لاضطرابات القلق الاخرى وأعراض القلق بين مرضى الوسواس القهرى يعقد تشخيص اضطراب الوسواس القهرى ؛ فعلى سبيل المثال يتسم اضطراب القلق العام بالقلق الشديد ، وهذا القلق يختلف عن الوساوس فى أن القلق يكون شديداً حول ظروف الحياة الواقعية ، ويخبره الشخص على أنه مرغوب ومناسب . وعلى النقيض ، فإن محتوى الوساوس غالبا ما يكون غير واقعى ، يخبرها الشخص على أنها غير مناسبة . وفى بعض الحالات يعكس محتوى الوساوس أحداثاً ، يمكن أن تحدث فى الواقع ، إلا أنه فى مثل هذه الحالات يبالغ الشخص بدرجة كبيرة فى احتمالات هذا الحدوث (على سبيل المثال احتمال الإصابة بالسرطان نتيجة للتعرض العادى للكيماويات المستخدمة فى المنازل) .

وكثيراً ما يظهر مرضى الوسواس القهرى مخاوف التجنب فى المواقف التى تثير الوساوس ؛ فعلى سبيل المثال يتجنب الشخص الذى لديه وساوس بشأن الجراثيم حجرات الاستراحة العامة ، كما يتجنب الشخص الذى لديه وساوس بشأن صدم الآخرين قيادة السيارات . وفى هذا يتشابه مرض الوسواس القهرى مع مرض المخاوف البسيطة . وفى الحالات الشديدة يحد الشخص من أنشطة الحياة اليومية ، ويصبح أسيراً للمنزل ، ويعانى من مخاوف الأماكن المفتوحة . ولكن معاناة مرضى الوسواس القهرى تختلف عن معاناة مرضى المخاوف البسيطة ، حتى عندما يتطابق الشيء أو الموقف المخيف . أولاً معنى التهديد مختلف ، فعلى سبيل المثال كل من مريض مخافة الكلب ومريض الوسواس القهرى يخشى (يخاف من) الكلاب . إلا أن مريض المخاوف يخشى أن يعضه الكلب ، بينما مريض الوسواس القهرى يخاف عادة أن ينقل إليه الكلب مرض السعار . ثانياً ، من حيث طبيعة مخاوفهم (وهى التعرض للعض) فمرضى المخاوف البسيطة ينجحون فى تخفيض الشعور بالكرب بالتجنب أو الهرب . وعلى النقيض فإن التهديد الذى يدركه مريض الوسواس القهرى ، لا يزول بإبعاد الكلب ؛ لأن الخوف من التلوث لا يزول . ويؤدى فشل التجنب السلبى فى تخفيض الشعور بالكرب لدى مريض الوسواس القهرى إلى ممارسة الطقس عند التعرض للموقف المخيف (على سبيل المثال : غسل الأيدى بعد التعامل مع الكلب) ؛ ولذلك فالسلوك الطقسى يظهر لدى مريض الوسواس القهرى ، وليس لدى مريض المخاوف البسيطة .

وفى حالة توهم المريض ، يعانى الفرد من اعتقاد لا أساس له أنه مصاب بمرض خطير ، ويكثر من التردد على الأطباء طلباً للتشخيص والعلاج . وانشغال الشخص بصحته بشكل مفرط شائع بين مرضى الوسواس القهرى الذين تظهر لديهم وساوس مرتبطة بالمرض ، والذين يكررون الفحص الجسمى عديداً من المرات ، والذين يكثرون من التردد على الأطباء طلباً للطمأنينة (Rasmussen & Tsuang, 1986) . ويرى راسموسين وايسن (1989) Rasmussen and Eisen أن مرضى توهم المرض – والذين لديهم وساوس جسمية ، ويمارسون طقوس الفحص الجسمى يجدر بهم أن يشخصوا كمرضى بالوسواس القهرى ، ولكنهما أقرا أنه من الصعب الوصول إلى تشخيص فارق . وربما تكون أفضل طريقة للتمييز بين الاضطرابين هى وجود أو عدم وجود الدفعات القهرية . وعلى سبيل المثال ، وجود وساوس بخصوص المرض يصحبها طقوس ، مثل : المبالغة فى غسل اليدين تستدعى التشخيص كوسواس قهرى . أما إذا كانت الأعراض تقتصر على انشغال الفرد الزائد بصحته والمبالغة فى طلب معلومات عن الصحة والعلاج ، فيؤدى إلى تشخيص الحالة على أنها توهم مرضى أنسب .

وتثار مشكلة أخرى فى التشخيص تتعلق باضطراب التشوه الوهمى للجسد والخصائص الأساسية لهذا الاضطراب ، هى الانشغال الشديد بتشوه متخيل فى المظهر ، وهنا أيضاً إذا كان هناك وساوس أو دفعات قهرية موجودة لدى مريض اضطراب التشوه الوهمى للجسد ، تشخص الحالة بأنها اضطراب وسواس قهرى .

كما أن السلوكيات الحركية النمطية المماثلة للدفعات القهرية موجودة فى كل من اضطراب توريت واضطراب اللوازم . وتختلف هذه السلوكيات عن الدفعات القهرية فى أنها لا تهدف إلى تخفيف الشعور بالكرب الذى تسببه الوساوس ، وهى عموماً غير إرادية وغير مقصودة .

وقد يظهر على مرضى الوسواس القهرى وساوس ذات شدة ضلالية ، ويتصف الاضطراب الضلالى بوجود ضلالات ملحة غير مفرطة الغرابة ، وتتضمن المواقف التى تحدث فى الحياة الواقعية مثل الإصابة بمرض . وحيث إن مرضى الوسواس القهرى يخبرون وساوس ودفعات قهرية فمن الافضل تمييز الوساوس ذات الشدة الضلالية عن اضطراب الضلالات بوجود دفعات قهرية مصاحبة .

ومثل بعض الضلالات الفصامية ، فإن محتوى الوساوس فى اضطراب الوساوس القهرى قد يكون مفرط الغرابة ، مثل فكرة أن يضع الإنسان نفسه فى ظرف ويلقى به فى صندوق البريد . ومع أن مرضى الوسواس القهرى قد يخبرون وساوس ذات شدة ضلالية أو محتوى مفرط الغرابة ، إلا انهم لا يظهرون أعراض الفصام الأخرى ، مثل : الفقد الملحوظ فى روابط التفكير ، والهلاوس ، وتبلد الوجدان وعدم تناسبه الواضح ، وإدخال الأفكار أو الإسقاط . وفى بعض الحالات قد يظهر على الفرد أعراض الوسواس القهرى والفصام لتدل على تشخيص مزدوج.

النماذج النظـرية

النماذج السـلوكية

تبنى مورر (1939) Mowere النظرية ذات المرحلتين (اكتساب واستمرار تدعيم الخوف والسلوك التجنبى) لتفسير المخاوف المرضية (الرهاب) واضطراب الوسواس القهرى ، وقد أدخل عليها مورر تعديلات فى سنة ١٩٦٠ . وتفترض هذه النظرية أن الحدث المحايد يرتبط أولاً بالخوف ؛ نتيجة لاقترانه بمثير يثير بطبيعته الشعور بعدم الارتياح أو القلق . ومن خلال العمليات الشرطية ، تكتسب الأشياء والأفكار وكذلك الصور القدرة على إثارة الشعور بعدم الراحة . وفى المرحلة الثانية من هذه العملية ، تتطور استجابات الهروب أو التجنب لتقليل الشعور بالقلق أو عدم الراحة ، الذى تثيره مثيرات شرطية متعددة ، ويدعمها نجاحها فى ذلك . وقد تبنى دولارد وميلر (1950) Dollard and Miller نظرية مورر فى تفسير الرهاب والوسواس القهرى . وكما ذكرنا سابقاً ، فإنه نتيجة للطبيعة غير المقتحمة للوسواس، لا يمكن تجنب عديد من المواقف التى تثير الوساوس فعلاً . ولا تنجح سلوكيات التجنب السلبى مثل تلك التى يستخدمها مرضى المخاوف فى تخفيف الشعور بالكرب الوسواسى ، وتتطور أنماط التجنب الإيجابى فى شكل سلوك طقسى وتثبت، وتستمر نتيجة لنجاحها فى تخفيف الشعور بالكرب .

ولا يوجد تأييد كاف لمفهوم «مورر» عن اكتساب الخوف (e.g, Rachmann & Wilson 1980) . وعلى النقيض هناك دليل يدعم الفرض الخاص باستمرار السلوك الطقسى . وقد أشارت نتائج عديد من الدراسات إلى أن

الوساوس تسبب الشعور بالقلق وعدم الراحة وأن الدفعات القهرية تخفضها . كما وجد أيضاً أن الوساوس تزيد من معدلات دقات القلب أكثر من الأفكار المحايدة .

(Boulougouris, Rabavialis & Stefanis, 1977; Rabavilas & Boulougouris, 1974) . وبالمثل فإن التعامل مع أشياء ملوثة ينتج عنه زيادة فى معدل ضربات القلب والقلق الذاتى (Hodgson & Rachman, 1972) وكذلك فى مستوى توصيل الجلد (Hornsveld, Kraaimaat & Van Dam - Baggen, 1979) . وقد أسفرت نتائج عديد من التجارب على مرضى الوسواس القهرى – سواء الذين يغتسلون باستمرار أو يراجعون باستمرار كل ما يصدر عنهم أو حولهم من أنشطة عن أن القلق يتناقص فى أغلب الأحيان عقب أداء الطقس ، بما يعد استثارة مقصودة للمثير لممارسة الطقس (Hodgson & Rachman, 1972; Hornsveld et al 1979; Roper & Rachman, 1976; Roper, Rachman & Hodgson, 1973) .

النماذج المعــــرفية

قدمت عدة تفسيرات معرفية لأعراض الوسواس القهرى ، فيرى كار Carr (1974) أن مرضى الوسواس القهرى لديهم توقعات عالية غير عادية للنتائج السلبية ، وأنهم يبالغون فى تقدير النتائج السلبية لعديد من الأفعال والتصرفات . وهو يذكر أن محتوى الوساوس يتضمن نمطيا مبالغة فى الاهتمام والقلق الموجود لدى الأفراد العاديين بالصحة ، والموت ، ورفاهية الآخرين ، والجنس ، والدين وماشبه ذلك . ويرى أن مصادر قلق واهتمام مرضى الوسواس القهرى مماثلة لمصادر قلق واهتمام مرضى اضطراب القلق العام ، ومخاوف الأماكن المفتوحة، والمخاوف الاجتماعية . وفى هذا يتفق تفسير كار لاضطراب الوساوس القهرى مع ذلك الذى قدمه بك Beck (1976) ، الذى يرى أن محتوى الوساوس يرتبط بالخطر فى شكل شك أو تحذير . ولا يفرق كلا التفسيرين بين الوساوس المرتبطة بالتهديد والأفكار المرتبطة بالتهديد لدى مرضى المخاوف .

وفى محاولة لدراسة الوساوس القهرية من وجهة نظر علم النفس المرضى، يرى **ماك فول وويلرشن** Mc Fall and Wollershein, (1979) أن مرضى الوسواس القهرى يتمسكون بأفكار خاطئة ، مثل اعتقادهم أن الشخص يجب أن يملك الكفاءة التامة فى جميع المجالات ؛ لكى يصبح جديراً بالاحترام . ومن

الأفكار الخاطئة الأخرى الاعتقاد أن الفاشل فى تحقيق الكمال لابد أن يعاقب ، وأن الكوارث يمكن منعها بطقوس سحرية معينة . ويرى المؤلفون أن هذه المعتقدات الخاطئة تؤدى إلى إدراك خاطىء للتهديد ، وهذا بدوره يثير القلق . وميل مرضى الوسواس القهرى ؛ للتقليل من شأن قدراتهم فى التعامل بكفاءة مع مثل هذه التهديدات يزيد من سوء الأداء الوظيفى . وتقل من خلال الطقوس السحرية مشاعر الحيرة وعدم الارتياح والعجز الناتجة ، التى يرى المريض أنها الوسيلة المتوفرة الوحيدة للتعامل مع التهديد .

وقدم سالكوفسكس Salkovskis (1985) التحليل الأكثر شمولا لإضطراب الوسواس القهرى . ونقطة الانطلاق فى هذا التحليل هى أن الافكار الوسواسية المقتحمة تعمل كمنبهات قد تثتثير أنماطا معينة من الافكار التلقائية السلبية . وبالتالى فإن فكرة مقتحمة قد تؤدى إلى اضطراب مزاجى فى حالة ما إذا استثارت هذه الأفكار التلقائية السلبية فقط من خلال التفاعل بين الاقتحامات غير المقبولة ونسق معتقدات الفرد (مثال ذلك السيئون هم من لديهم أفكار جنسية) . ويعد كل من الشعور بالمسئولية ولوم الذات بمثابة السياقات المركزية فى نسق معتقدات مريض الوسواس القهرى . ويمكن فهم التحييد فى صورة السلوك والمعارف القهرية باعتباره محاولة لخفض الاحساس بالمسئولية ومنع اللوم . يضاف إلى ذلك امكان ادراك الوسواسيين القهريين لافكارهم متكررة الظهور المتعلقة بالاحداث غير المقبولة على أنها تعبر عن الاحداث نفسها . لذلك ، فعلى سبيل المثال ، وحتى إذا لم يرتكب الشخص خطيئة ، فإن فكرة الخطيئة تكون من السوء بالنسبة له بقدر الخطيئة ذاتها . ويرى سالكوفسكس Salkovskis (1985) أن هناك خمسة اختلالات مفترضة تسم الوسواسيين القهريين وتميز بينهم وبين مرضى اضطراب الوسواس القهرى :

١- وجود أفكار لدى الشخص عن فعل يساوى ممارسته لهذا الفعل .

٢- يماثل الفشل فى منع أذى (أو الفشل فى مجرد محاولة هذا المنع) عن الشخص أو عن أخرين تماما التسبب فى هذا الأذى .

٣- لا تقلل العوامل الأخرى من المسئولية (مثال ذلك انخفاض احتمالية وقوع الحدث) .

٤- عدم التحييد عند ظهور فكرة مقتحمة يشابه أو يكافئ السعى للحدوث

الفعلى للأذى المتضمن فى هذه الفكرة المقتحمة أو الرغبة فى حدوثها .

٥ – على المرء أن يمارس (وهو يستطيع) التحكم عبر أفكارة (p. 579) .

وبالتالى فبينما يكون الوسواس متنافر مع الانا (١) إلا أن الافكار التلقائية التى تثتثيرها ستكون متناغمة مع الانا (٢) . ويتضمن هذا النموذج أن علاج اضطراب الوسواس القهرى يجب أن يركز على نطاق واسع على تحديد الافتراضات الخاطئة وتعديل الافكار التلقائية . وتركز التفسيرات السابقة على الخصائص المرضية فى محتوى اضطراب الوسواس القهرى ، ويرى ريد Reed (1985) ، على النقيض من ذلك ، أن الاضطراب يعكس عجزا لا فى المحتوى ، بل فى تنظيم وتكامل الخبرات (بمعنى أنه عجز فى شكل التفكير وليس فى محتواه) . ووفقا لريد فإن الشخص الوسواسي يحاول تعويض هذا العجز من خلال الاسراف فى تنظيم حياته مسقطا لمحددات أو حدود فئوية وعلاقات زمنية . وبينما يرى ريد Reed (1985) أن هذا النمط يستخدم بصورة متسقة بواسطة الوسواسي القهرى ويؤثر فى كل جوانب حياته ، إلا أنه يترك الباب مفتوحا أمام احتمال أن تتفاقم الصعوبات عندما تتضمن المهام محتوى مهددا .

وتصوغ فوا وكوذاك Foa and Kozak (1985) اضطراب القلق بصفة عامة باعتباره عجزا نوعيا فى شبكة (٣) الذاكرة الانفعالية . واقتفاء بلانج Lang (1979) يعتبران الخوف بمثابة شبكة معلومات موجودة فى الذاكرة تتضمن تعبيرا أو تمثيلا لمنبهات واستجابات الخوف ومعانيها وترى فوا وكوذاك Foa and Kozak (1985) فيما يتعلق بمضمون الخوف أن هذه الشبكات لدى الافراد ذوى اضطراب القلق تتسم بوجود تقييمات خاطئة للتهديد ، وتكافؤات سلبية مرتفعة وغير معتادة للاحداث السلبية وعناصر استجابة مفرطة (مثال ذلك استجابية فيزولوجية) مقاومة للتعديل . وقد تعكس هذه الحالة المتمكنة فشلا فى الاقتراب من شبكة الخوف ، سواء بسبب التجنب النشط أو نتيجة لأن مضمون شبكة المخاوف يعوق المواجهات التلقائية للمواقف التى تثتثير الخوف فى الحياة اليومية . يضاف إلى ذلك ، أن القلق قد يقاوم ، نتيجة لبعض اشكال العجز فى ميكانيزمات

(1) Ego dystonic
(2) Ego syntonic
(3) Network

الانطفاء[١]. وتعد كل من الدفاعات المعرفية [٢] ، والاثتثارة المفرطة مع الفشل فى الاعتياد والمقدمات الخاطئة ، وقواعد الاستنتاج الخاطئة انماط للعجز يمكنها إعاقة المعالجة الضرورية للمعلومات اللازمة لتعديل بنية المخاوف لكى ينخفض سلوك الخوف .

وترى فوا وكوذاك Foa and Kozak (1985) أن هناك أشكال متعددة من المخاوف تحدث فى الوساوس القهرية . فالمريض الذى يخاف من عدوى الامراض الجرثومية من الحمامات العامة ويغتسل لتجنب هذا الأذى لديه بنية مخاوف تتضمن ربطا مفرطا بين منبهات (مثال ذلك الحمامات) واستجابة القلق/ الكدر ، بالاضافة إلى معتقدات خاطئة حول الأذى تتعلق بالمنبه . وترتبط استجابات الخوف ، فى الوساوس القهرية الأخرى بمعانى خاطئة لا بمنبهات معينة . مثال ذلك أن بعض المرضى الذين يثير اضطرابهم إدراك عدم الاتساق والذين يخفضون من كدرهم بإعادة ترتيب الاشياء ، لا يخافون من الاشياء فى حد ذاتها ، ولا هم يستبقون حدوث كارثة باستباق ترتيب عدم الاتساق . أنهم بالاحرى متضايقين من فكرتهم حول أن ترتيبات معينة للمنبهات غير ملائمة .

وترى فوا وكوذاك Foa and Kozak (1985) مثلهما مثل ريد Reed (1985) أنه بالاضافة إلى المحتوى المرضى [٣] للوساوس ، يمكن تمييز اضطراب الوسواس القهرى من بقية الاضطربات الاخرى بالخصائص المرضية فى الميكانيزمات الخاصة بمعالجة المعلومات . وهم يرون أن مرضى اضطراب الوسواس القهرى يشاركون على وجه الخصوص فى عجزهم فى قواعد تفسير الاستدلالات المتعلقة بالأذى . فأصحاب الوساوس القهرية دائما ما يستخلصون أن موقفا ما خطر اعتمادا على غيبة دلائل الامان ، ودائما ما يفشلون فى القيام بخطوات استقرائية من المعلومات المتعلقة بغيبة الخطر . وبالتالى ، فإن الطقوس التى يقومون بها لخفض احتمالات الخطر لا يمكنها على الاطلاق توفير الأمان ، ويتعين بالتالى تكرارها .

وعند ملاحظة اصحاب وساوس المراجعة ، يدهش المرء بما يبدو أنه

---

(1) Extinction
(2)Cognitive defenses
(3) Pathological

صعوبة لديهم فى تذكر ما إذا كانوا قد مارسوا طقوسهم أم لا . وقد قادت هذه الملاحظة الباحثين لافتراض أن وسواسيى المراجعة لديهم افات نوعية فى تذكر الاعمال (Sher, Frost, & Otto, 1983' Sher, Frost, Kushner, Crew, & Alexander, 1989) والتفسير البديل لذلك ، هو أن شك المرضى فيما إذا كانوا قد مارسوا طقسهم أم لا قد لا يعكس آفة فى الذاكرة ولكنه يعكس بالاحرى، كما ترى فوا وكوذاك Foa and Kozak (1985) عجزا فى الطريقة التى يستدلون بها على الخطر . دون اعتبار لما إذا كان هذا العجز يحدث فى عمليات التذكر أم فى قواعد نقل المعلومات، ومن غير الواضح ما إذا كان ذلك يؤثر عموما فى كل عمليات المعلومات أم يؤثر فقط فى عمليات المعلومات المتعلقة بالتهديد .

وبقدر تعلق الخصائص المرضية فى الوسواس القهرى بمضمون شبكة الخوف ، يتعين أن يشبه علاج هذا الاضطراب العلاجات المستخدمة مع بقية اضطرابات القلق ، وعلى الرغم من ذلك ، إذا كان لدى مرضى الوسواس القهرى آفات فى معالجة المعلومات لا يشاركون فيها بقية أصحاب اضطربات القلق ، يصبح من المتعين تطوير اساليب علاج نوعية تهدف إلى تصحيح هذه الافات (مثال ذلك التدريب على التعرف على مؤشرات الأمان) .

النماذج الحيوية .

العوامل العصبية الكيميائية (١) .

الفرض العصبى الكيميائى الغالب لاضطراب الوساوس القهرية يتضمن الناقل العصبى السيروتونين (٢) باعتباره العامل الجوهرى فى التعبير عن أعرض اضطراب الوسواس القهرى . ويلقى هذا الفرض دعما اساسيا من دراسات فاعلية عقار السيروتونين مثل الكلواميبرمين من خلال مقارنته بالعقاقير غير المثيرة للسيروتونين (٣) . وتشير هذه الدراسات إلى أن السيروتونين أكثر قدرة مقارنة بالعقاقير الزائفة على خفض أعرض اضطراب الوسواس القهرى وأن بقية العقاقير

---

(1) Neurochemical
(2) Serotonin
(3) Nonserotonergic

المضادة للاكتئاب مثل الامبيرامين (١) والنورترايبتلاين (٢) والاميتريتيلين (٣) غير فعالة (Zohar & Insel, 1987) . وقد توصلت دراستان إلى ارتباطات جوهرية بين مستويات البلازما للسيروتونين والتحسن الاكلينيكى لاعرض الوساوس القهرية (Insel, Murphy et al., 1983, Stern, Marks, Wright, & Luscombe, 1980) .

ولم تكن الدراسات التى فحصت بشكل مباشر تأثير السيروتونين على الوساوس القهرية حاسمة . فقد ذكر فى دراستين ارتباط مرتفع بين التحسن فى أعرض اضطراب الوسواس القهرى وانخفاض فى عمليات الايض للسيروتونين (٤) (Flament et al., 198' Thoren, Asberg, Bertilsson et al., 1980) وتتسق هذه النتائج مع الفرض الخاص بإن التأثير المضاد للسيروتونين على الوساوس يتحدد من خلال نظام استثارة السيروتونين . وعلى الرغم من ذلك فمن غير الواضح ما إذا كان الافراد اصحاب اضطراب الوسواس القهرى لديهم شذوذ يتضمن أداء وظيفة استثارة السيروتونين . ولم تكشف دراسات امتصاص صفائح السيروتونين (٥) عن آى فروق بين الوسواسيين ومجموعة ضابطة . (Insel, Muller, Alterman, Linnoila, & Murphy, 1985' Weizman et al., 1985) وقد استخدم فى الفحص المباشر لتأثير السيروتونين على اضطراب الوسواس القهرى دراسات الانقباض السيروتونينى (٦) لدى مرضى الوسواس القهرى ، وقد تبين فى دراستين لزوهر وزملاؤه (Zohar & Inser, 1987' Zoher, Mueller, Insel, Zoher-Kaduch, & Murphy, 1987) زيادة فى أعراض الوسواس القهرى تلت التعاطى الفمى لمركب قابض سيروتونينى (mCCP) . بالاضافة إلى ذلك كان المركب السيروتونينى غير ملحوظ بعد العلاج بمنشطات السيروتونين . وعلى الرغم من ذلك فتناول مركب قابض للسيروتونين من خلال الوريد لم يؤد إلى زيادة فى أعراض الوساوس القهرية . Charney et at., 1988) أما لماذا يؤدى التعاطى الفمى لقابض سيروتونينى ، وليس التعاطى الوريدى ، إلى تفاقم أعراض الوساوس القهرية فغير واضح .

---

(1) Imiramine
(2) Nortriptyline
(3) Amitriptyline
(4) Metabolite 5-hydroxy indoleacetic acid (5-HIAA)
(5) Serotonin platelet uptake
(6) Serotonin agonist metachorophenylpoprazine (mCCP)

العوامل العصبية التشريحية

يرى عدد من الدراسات أن هناك أسس عصبية تشريحية (١) لاضطراب الوساوس القهرية وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الكثير من ذوى اضطراب الوساوس القهرية لديهم بعض الافات فى أداء الفص الأمامى (٢) (مثال ذلك : Bahar et al., 1984; Cox, Fedio, & Rapoport, 1989; Head, Bolton, & Hymas, 1989) غير أن دراسات آخرى فشلت فى العثور على مثل هذه الافات (Insel, Donnelly, Lalakea, Alterman, & Murphy, 1983) وهناك تدعيم اضافى لدور الفص الأمامى فى اضطراب الوسواس القهرى مصدره الكفاءة العلاجية لأساليب الجراحة النفسية (٣) مثل استئصال الاجسام المخططة (٤) والاستئصال الحزامى (٥) (Ballantine, Bouckoms, Thomas, & Giriunas, 1989) وتتوفر دلائل اضافية على الآفات البيولوجية العصبية فى اضطراب الوسواس القهرى من خلال علاقة هذا الاضطراب بمجموعة متنوعة من الاضطرابات ذات الأسس العصبية المعروفة فى العقد القاعدية (٦) ، فقد لوحظ ارتفاع فى أعراض الوساوس القهرية تال للالتهاب الدماغى (٧) (Schilder, 1938) ورقاص سيدنهام (٨) (Swedo et al., 1989) وزملة توريت (٩) (Rapoport & Wise, 1988) واخيرا فهناك اربع دراسات ، استخدمت الرسم المقطعى لانبعاث البوزيترونات (١٠) لتقييم النشاط الايضى فى المخ ، وتبين أن الوسواسيين القهريين يظهرون معدلات أيضية مرتفعة فى اللحاء قبل الجبهى (١١) (للمراجعة انظر : Baxter et al., 1987; Rapoport 1991)

---

(1) Neuroanatomical
(2) Frontal lobe
(3) Psychosurgical techniques
(4) Capsulotomy
(5) Cingulotomy
(6) Basel ganglia
(7) Encephalitis lethargica
(8) Syndenham's chorea
(9) Tourette's syndrome
(10) Positron - emission tomography
(11) Prefrontal cortex

أساليب العلاج

يُعد اضطراب الوسواس القهرى ، تقليديا ، من أعقد الاضطرابات النفسية . وقد ثبت عدم فعالية العلاج النفسى الدينامى والعلاج النفسى الانتحائى[١] فى تحسين أعراضه (Black, 1974; Press, 1988) ، وعلى الرغم من ذلك فإن ظهور العلاجات السلوكية الفعالة والعلاج بالسيروتنين حسن كثيراً من مآل هذا الاضطراب .

أساليب العلاج السلوكي

العلاجات السلوكية المبكرة

كثيرا ما كانت أساليب العلاج السلوكية المبكرة ، والتى تهدف تخفيض القلق المرتبط باضطراب الوسواس القهرى تستخدم أسلوب إزالة الحساسية بالتدريج . وعلى الرغم من الادعاء فى البداية أن هذا الأسلوب أثبت فعاليته فى علاج اضطراب الوساوس القهرى دلت التقارير على أن أسلوب إزالة الحساسية بالتدريج خفّض الأعراض فى ٣٠٪ فقط من المرضى (Beech & Vaughn, 1978, Cooper, Gelder & Mark, 1965) . كما استخدمت أيضاً إجراءات العلاج المصممة لتشجيع تعود القلق عن طريق التعرض الطويل للمثيرات المخيفة لعلاج الوسواس القهرى (مثال ذلك النوايا المتناقضة ظاهريا ، والإغراق التخيلى ، والاشباع ، والتحرر من التنفير) ولم يكن لهذه الأساليب فعالية ملحوظة عموماً .

وكانت أساليب العلاج السلوكى التى تهدف وقف الأفكار أو عقاب الاستجابة والأفعال القهرية ، مثل وقف الأفكار والعلاج بالتنفير والحساسية الباطنة وغير الظاهرة ، تستخدم أيضاً لعلاج الوسواس القهرى . وقد أشارت نتائج الدراسات إلى عدم فعالية أسلوب وقف الأفكار فى عديد من دراسات الحالة ، وفى الدراسة الوحيدة المضبوطة . (Emmel - Kamp & Kwee, 1977; Stern; 1978, Stern, Lipsedge & Marks, 1975) . وقد نجح العلاج بالتنفير باستخدام الصدمات الكهربائية واللسع بشريط مطاط على معصم اليد أو الحساسية الباطنة وغير الظاهرة بدرجة أكبر (Kenny, Mowbray & Lalani, 1978; Kenny, Solyom & Solyom, 1973) ، ولكن لم تدرس كفاءة هذه الأساليب على المدى الطويل .

---

(1) Payxhoreopix

التعرض ومنع الاستجابة

وفى مجال استخدام التعرض الممتد لمؤشرات مثيرة للوساوس مع المنع الحاسم للسلوك الطقسى سجل ماير (1966) Mayer نجاح علاج حالتين من اضطراب الوسواس القهرى باستخدام التعرض طويل المدى للمثيرات الوسواسية والمنع الحازم للسلوك الطقسى (منع الاستجابة الطقسية) . وقد أشارت التقارير اللاحقة إلى أن هذا البرنامج العلاجى نجح نجاحاً باهراً فى علاج عشر من خمس عشرة حالة ، ونجاحاً متوسطاً فى بقية الحالات ، وقد انتكس اثنان من المرضى فقط بعد ٥إلى ٦ سنوات . (Meyer & Levy, 1973; Meyer, Laevy & Schnurer, 1974) . وكانت نتائج دراسات متعددة مضبوطة وأخرى غير مضبوطة متسقة ، وقد تحسنت نسبة تتراوح من ٦٥ – ٧٥٪ من المرضى الذين عولجوا بهذه الطريقة واستمروا على هذا التحسن (لمراجعة تفصيلية لهذه الدراسات انظر Foa, Sketee & Ozorow, 1985; Rachman & Hodgson, 1980) .

وقد قدم وصف تفصيلى للبرنامج العلاجى كما يجرى فى عيادتنا فى فوا وويلسون (1991) Foa and Wilson وباختصار يتكون البرنامج من تعرض طويل متكرر (من ٤٥ دقيقة إلى ساعتين) للمرضى لمواقف تثير عدم الارتياح ، مع تعليمات مشددة بالامتناع عن ممارسة الطقس طول مدة العلاج ، بصرف النظر عن الدافع لذلك . وعادة ما يكون التعرض متدرجاً فتأتى المثيرات ، التى تسبب شعوراً متوسطاً بالكرب قبل المثيرات الأكثر ازعاجاً ، وتشتمل جلسات العلاج نمطيا على تعرض حى وتخيلى للمثيرات المرتبطة بالتهديد ، ويوجه المرضى إلى ممارسة تدريبات إضافية على التعرض بين جلسات العلاج .

التعـــرض

فحصت فوا وزملاؤها (Foa, Steketee, Grayson, Turner & Latimer, 1984; Foa, Steketee & Milby, 1980, Steketee, Foa & Grayson, 1982) التأثير النسبى لإجراءات التعرض ومنع الاستجابة ، وعولج مرضى الوسواس القهرى بالتعرض فقط ، أو منع الاستجابة فقط ، أو بالجمع بين الأسلوبين . وقد وجد بعد العلاج – وفى المتابعة – أن الجمع بين الأسلوبين أعطى مكاسب أفضل فى العلاج من تلك التى تحققت باستخدام كل أسلوب على حدة . وقد بينت الدراسة الدقيقة للنتائج أن عنصرى العلاج أعطيا نتائج فارقة ، فبينما أثر

التعرض على الأفكار الوسواسية المثيرة للكدر ، كان التأثير الأكبر لمنع الاستجابة منصباً على الطقوس .

وقارنت فوا وستيكيتى وتيرنر وفيشر Foa, Stekette, Turner, and Fisher (1980) تأثير الجمع بين التعرض الحى والتعرض التخيلى مقابل التعرض الحى فقط وشمل كل من الأسلوبين تعليمات منع الاستجابة . وعلى الرغم من عدم ظهور فروق بين العلاجين ، فقد ظهر أن العلاج الذى يجمع بين التعرض الحى والتخيلى كان متفوقا فى الحفاظ على المكاسب إلا أن فحص نتائج علاج المرضى دلت على أن بعض المرضى الذين عولجوا بالتعرض الواقعى فقط انتكسوا دون الآخرين . ومن المحتمل أن المرضى الذين لديهم القدرة على الوصول إلى جميع عناصر شبكة الخوف لديهم (بما فى ذلك النتائج المخيفة) أثناء التعرض الواقعى ، لا يحتاجون إلى إضافة تعرض تخيلى ، ولكن الأفراد الذين يميلون إلى أن يتجنبوا معرفياً مواجهة الكوارث المثيرة لمخاوفهم ، يحتاجون إلى تعرض تخيلى ، بالإضافة إلى التعرض الواقعى .

وفى معظم الحالات ، لا يختلف الأمر شيئاً بين تقديم الموضوع المثير للقلق تدريجيا بأن نبدأ بأقل المنبهات إثارة للكدر فى الموقف ، مع التقدم إلى أشدها إثارة للكدر أو تقديم الموضوع المثير للكدر فى أعلى درجاته ، منذ بداية العلاج (Hodgson, Rachman & Marks, 1972) وعلى الرغم من ذلك توحى الملاحظات الإكلينيكية أن المرضى يكونون أكثر تقبلاً لبرنامج العلاج ، الذى يواجهون فيه المواقف المخيفة بالتدريج . ولذلك نستخدم تدرجاً هرمياً من خمس أو ست خطوات فى برنامج العلاج الذى نتبعه . ويحقق هذا على ما يبدو توازناً مقبولاً بين رغبة المريض فى التعرض المتدرج ، والحاجة للتعرض المتكرر (حوالى ١٠ جلسات) لأكثر المواقف استثارة للقلق .

الخلاصة أن قيام المعالج بتقديم نموذج لتمارين التعرض لا يزيد من كفاءة التعرض (Rachman, Marks & Hodgson, 1973) ، إلا أن بعض المرضى تزداد رغبتهم فى أداء تدريبات التعرض إذا قدم المعالج نموذجاً له .

وقد قارنت دراستان بين التعرض بمساعدة المعالج (التعرض بالمشاركة) والتعرض الذاتى (Emmelkamp & Van Kraanen, 1977; Marks et al., 1988) . وقد قارن اميلكامب وفان كرانين بين مجموعتين من مرضى الوسواس القهرى ، تلقوا عشر جلسات من التعرض الحى (الواقعى) ، قام بها المعالج مع مجموعة وقام افراد الاخرى بأداء التعرض بأنفسهم . وفى كلتا المجموعتين وضع

المعالج تدرجاً لعناصر التعرض ، ولكن المرضى هم الذين حددوا سرعة تعاملهم مع هذا التدريج ، ولم تظهر فروق بين المجموعتين بعد العلاج مباشرة . وقد قارن ماركس وآخرون (1988) .Marks et al بين المرضى الذين عولجوا بالكلوامبرامين، والتعرض الذاتى وبين الذين عولجوا بالكلوامبرامين [١] فقط والتعرض بتوجيه المعالج ؛ فأعطى التعرض بتوجيه المعالج نتائج أفضل ، ولكن هذا الفرق اختفى فى المتابعة فى أول سنة .

وقد وجد أن فترات التعرض الطويلة أكثر فعالية من التعرض القصير المتقطع (Rabavilas, Boulougouris & Sterfanis, 1976) ، ولم تجر أبحاث لاختبار مدة التعرض – إلا أن الملاحظات الإكلينيكية توحى بأن الشعور بعدم الارتياح لدى مرضى الوسواس القهرى ، يبدأ فى التبدد بعد حوالى ٣٠ دقيقة ، ويستمر لمدة ٩٠ دقيقة (Foa & Chambless, 1978; Rachman, Desilva & Roper, 1976) . ومن المهم ألا تنتهى جلسة التعرض طالما مستوى الشعور بالكرب لدى المريض لا يزال مرتفعاً ؛ ولذلك يجب أن تستمر جلسة التعرض لمدة ٤٥ دقيقة على الأقل .

ومن الواضح أن أساليب التعرض لها فعاليتها فى تحسين أعراض الوسواس القهرى . وعندما قورنت تباينات من برامج التعرض مع بعضها ، لم تظهر أى فروق باستثناء مدة التعرض ؛ فالتعرض الطويل يعطى نتائج أفضل من التعرض لمدة قصيرة . ولم تجر دراسة تجريبية بعد على عدد مرات تكرار جلسات التعرض لمرضى الوسواس القهرى ، وتشير تقارير الملاحظة الإكلينيكية إلى أنه يفضل تكرار الجلسات يومياً ، إلا أنه يكفى جلستان أو ثلاث أسبوعياً للحالات الخفيفة ؛ خاصة المصحوبة بطقوس قليلة .

منع الاستجابة

مع أن تدريبات التعرض المتعمدة تخفض التجنب السلبى للمثير الوسواسى، فإن التعرض لا يمحو تلقائيا الطقوس القهرية . ولتقليل الدوافع لممارسة الطقس ، ينبه على المرضى أن يمتنعوا عن ممارسة أى سلوك طقسى أثناء فترة العلاج . ولهذا الغرض يحتاج المعالج لتعليم المرضى أن يحتفظوا بسجل دقيق لطقوسهم الأساسية، وأن يطلبوا مساعدة شخص مدعم . ودور الشخص المدعم هو أن يقدم التشجيع للمريض ، وأن يذكره بأهداف وارشادات منع الاستجابة . كما يجب على

(1) Clomipramine

الشخص المدعم أن يكون متاحا لتقديم العون للمريض ، ليقاوم الدافع لممارسة الطقس . ولكن من المهم ألا يهاجم الشخص المدعم المريض لفظياً ولا بدنياً لمنعه من ممارسة الطقس .

وقد تفاوتت درجة الحزم فى ارشادات منع الاستجابة من دراسة لأخرى ، وتتراوح بين السماح بالاغتسال العادى دون إشراف والامتناع عن الاغتسال لعدة أيام تحت الرقابة المشددة . ولم يتضح أن مستوى الإشراف له تأثير مهم أو جوهرى على نتائج العلاج ولكن البيانات عن درجة التشدد فى تعليمات منع الاستجابة أقل وضوحاً . وتشير الملاحظات الإكلينيكيةإلى أن المرضى يستطيعون الإذعان للتعليمات الصارمة نسبياً ، ربما لأنه ليس مطلوباً منهم أن يحددوا ما اذا كان اغتسالاً معيناً يعد سويا أم طقسيا (وستقدم تعليمات منع الاستجابة فيما بعد فى القسم الخاص بفترة العلاج) .

والطقوس العقلية أصعب فى علاجها من الطقوس الظاهرة ؛ ربما لأن هناك وقتاً قصيراً نسبيا أو فاصلاً بين الدافع لممارسة الطقس العقلى وأدائه فعلاً ، ولذلك فلدى المريض تحكم محدود فى حدوثها . وعند وضع تعليمات منع الاستجابة للطقوس العقلية ، يجب أن يميز المعالج الجوانب المعرفية التى تكون الطقس ، وأن يهدف إلى تخفيف الشعور بالكرب المرتبط بالوساوس ، وهذا التمييز مهم لأن علاج الأفكار الوسواسية يستدعى التعرض الطويل ، بينما يتطلب علاج الطقوس العقلية منع الاستجابة .

وأحد أشكال السلوك الطقسى ، والتى كثيراً ما نغفلها هو تكرار طلب التطمين (إعادة التأكيد) . ومع أن طلب المعلومات أو بعث الطمأنينة لا يعد دائما دفعات قهرية ، فإنها عندما تتكرر وتصبح نمطية ، تقوم بوظيفة الطقوس القهرية الأخرى نفسها ، ويجب أن تعالج بمنع الاستجابة . وكثيرا ما يعتمد المرضى على أشخاص معينين ، مثل : الزوج أو الوالدين أو أقرب الاصدقاء لبعث الطمأنينة . ومنع الاستجابة بالنسبة لطلب بعث الطمأنينة ، تتكون من شقين : توجيه المريض إلى الامتناع عن طلب بعث الطمأنينة ، وكذلك توجيه أولئك الذين كانوا يقومون ببعث الطمأنينة فى الماضى أن يمتنعوا عن ذلك . ومن المحتمل أن يؤدى رفض تقديم بعث الطمأنينة (إعادة التأكيد) إلى الإحباط وتزايد القلق . ولذلك يجب على المعالج فى بداية العلاج أن يساعد المريض والشخص المدعم (المساند) أن يتبادلا إستجابات لا تقدم بعث الطمأنينة (إعادة التأكيد) ، ولكن لا تثير صراعات كامنة

فى الوقت نفسه . فعلى سبيل المثال السيدة التى شغلت بتلوث الطعام ، وتولد لديها طقس سؤال زوجها للتأكد من عدم فساد المنتجات . فقد تم الاتفاق بينهما قبل العلاج على أنه إذا لم تستطع السيدة أن تمنع نفسها من السؤال لبعث الطمأنينة يكون رد زوجها «أشعر أنك عدت إلى السؤال لبعث الطمأنينة مرة أخرى ، ولأننى أحبك وأريد أن أساعدك على الشفاء لن أجيب عن هذا السؤال» .

العلاج المعرفي

يستخدم حالياً العلاج المعرفى لحالات الوسواس القهرى . وقد سجل سالكوفيسكس ،و ورويك (Salkovskis, Warwick (1985 دراسة حالة ، استخدم فيها الجمع بين أسلوبى العلاج المعرفى والتعرض ومنع الاستجابة لعلاج مريضة بالوسواس القهرى ، تشكو من الأفكار الوسواسية . وكانت هذه المريضة قد استجابت للعلاج السلوكى ، ولكنها انتكست بعد نوبة اكتئاب شديد . وفشلت جلسات التعرض ومنع الاستجابة فى استعادة المكاسب الأولى . وبعد ١٠ جلسات من العلاج المعرفى مصحوبة بالتعرض ومنع الاستجابة ، تحسنت المريضة بدرجة ملحوظة . وقد وجد كيرنى وسلفرمان (Kearney, Silverman (1990 أيضاً أن الجمع بين العلاج المعرفى والتعرض ومنع الاستجابة ، كان فعالاً فى حالة ولد مراهق مريض بالوسواس القهرى .

سجل اميلكامب وزملاؤه (EmmelKamp & Beens, 1991; Emmel. Kamp, Visser & Hoekstra, 1988) دراستين صغيرتين قارنوا فيهما العلاج المعرفى على أساس تكنيك أليس ١٩٦٢ (أ-ب-ج) ، مقابل التعرض ذاتى التوجيه ومنع الاستجابة . وكان العلاج يتكون من ست جلسات ، عقدت على مدى أربع أسابيع، ولم تظهر أية فروق بين نوعى العلاج بعد العلاج مباشرة . وقد وجد اميلكامب وبينز (EmmelKamp, Beens (1991 أن التعرض ومنع الاستجابة فقط له فاعلية الجمع بين العلاج المعرفى والتعرض ومنع الاستجابة . ويبدو إذاً أن الأسلوب المعرفى قد يكون فعالاً فى تخفيض شدة أعراض اضطراب الوسواس القهرى ؛ خاصة عندما يستخدم مصاحباً للتعرض ومنع الاستجابة ، إلا أنه يلزم إجراء دراسات أخرى ، قبل التوصل إلى نتائج واضحة عن كفاءة الأساليب المعرفية .

العلاج بمثيرات السيروتينين :

جذب الانتباه فى الوقت الحالى علاج الوسواس القهرى بوساطة مثيرات السيروتينين ؛ حيث تمت دراسة عقار الاميبرامين بالتفصيل ، وهو أحد العقاقير من مجموعة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات . وفى دراسة مقارنة بين هذا العقار وعقار زائف ، اتضح أنه يؤثر تأثيراً إيجابيا ومتفوقاً (Deveaugh-Geiss, Landou & Katz, 1989, Marks, Stern, Asberg, Chronholm, Jornestedt & Traskman, 1980; Zohar & Insel, 1986) ، وكذلك عند مقارنته بعقار الفلوفوكسمين ، وهو عقار مثبط لامتصاص السيروتنين (Goodman et al., 1989a, 1989b; Price, Goodman, Charney & Heninger, 1987; Perse, Griest, Jefferson, Rosenfeld, & Dar, 1987). كما أظهر مثبط آخر للسيروتونين هو الفلوكسيتين أنه فعال فى خفض أعراض الوساوس القهرية (Fontaine & chouin ard, 1985; Jenike, Buttoolph, Baer, Ricciardi & Holland, 1989) .

وتوحى هذه الدراسات أن حوالى ٦٠٪ من المرضى يظهرون بعض الاستجابات للعلاج باستخدام مثبطات السيروتونين ، على الرغم من أن المكاسب العلاجية متوسطة على أفضل الأحوال (Griest, 1990; Mccarhy & Foa, 1990) ، بالإضافة إلى ما سبق ؛ فتحسن الأعراض يرتبط باستمرار استخدام العقار (Thoron, Asberb, Chronholm., et al 1980) ، وفى دراسة مقارنة معماة – اتضح إن وقف العلاج بعقار الاميبرامين أدى إلى عودة الأعراض لدى المرضى خلال اسابيع قليلة ، وبنسبة ٩٠٪ . (Pato, Zaohar- Kadouch, Zohar, & Murphy, 1988) .

الجمع بين العلاج السلوكي والعلاج بالعقاقير :

تناولت دراسات قليلة تأثيرات الجمع بين العلاج بالسيروتينين مع التعرض مع منع الاستجابة – وقد درس ماركس وآخرون (١٩٨٠) تأثير الجمع بين الاميبرامين والعلاج السلوكى على أربعين مريضاً بالوسواس القهرى – وقد وجد تأثير كبير للعلاج السلوكى وتأثير إضافى بسيط للعلاج بالعقاقير بعد العلاج مباشرة ، ولأن فترة العلاج بالعقار فقط كانت قصيرة (٤ أسابيع) ، لم يتيسر تقويم كفاءة العلاج بالعقار فقط . وأجريت دراسة تالية على (٤٩) مصاباً بالوسواس

القهرى لدراسة نسبة إسهام الاميبرامين والعلاج بالتعرض (Marks et al 1988). وقد كان للعلاج بالعقاقير تأثير إضافى قليل ومؤقت (٨ أسابيع) ، عند الجمع بينه وبين العلاج السلوكى . وقد استنتج المؤلفون أن التعرض الذاتى المنظم أكثر كفاءة نسبياً من الاميبرامين . ولا يسمح مجال الدراسة بالتوصل إلى نتائج عن تأثير العلاج السلوكى على الانتكاس ، بعد التوقف عن استخدام العقار . ولم تكشف المتابعة لمدة ٦ سنوات لـ (٣٤) مريضاً ، شملتهم الدراسة عن تأثير للعقار – ولكن وجد أن النتائج الأقوى وبعيدة المدى ، ارتبطت بالأمتثال الأفضل لتعليمات التعرض (O' Sullivan, Noshirvaini, Marks, Monterio, & Lelliott. 1991).

وقد قارنت إحدى الدراسات بين تأثيرات الفلوكسامين وتأثيرات التعرض ومنع الاستجابة (Cottaux et al, 1990) . وتوحى النتائج أن أسلوبى العلاج متماثلان فى تخفيف أعراض الوسواس القهرى فى نهاية العلاج لمدة ٢٤ أسبوعاً ، وفى المتابعة لمدة ٦ شهور . وفى الفترة التالية للعلاج مباشرة كان تقدم المرضى الذين عولجوا بأسلوبى العلاج أفضل قليلاً من الذين عولجوا بالعلاج السلوكى مع عقار زائف ، ولكن هذا التأثير لوحظ فقط على مقاييس الاكتئاب ، كما أنه وقتى كما دلت دراسة ماركس وزملاؤه Marks et al. (1988) .

وقد أجرينا دراسة غير مضبوطة على ٦٢ مريضاً بالوسواس القهرى لدراسة التأثيرات البعيدة المدى للتعرض المكثف ، ومنع الاستجابة والعلاج السيروتونينى (باستخدام الفلوكسامين أو الاميبرامين) (Hembree, Cohen, Riggs, Kozok, Foa, 1992) والعلاج السلوكى الشامل بالتعرض ومنع الاستجابة أو مع استخدام العقاقير . وتمت متابعة جميع المرضى (لمدة٢/١ سنة فى المتوسط بعد العلاج) بالمقابلات التليفونية ، وسجل المرضى الذين لم يتلقوا علاجاً بالعقاقير فى فترة المتابعة للتقويم (وعددهم ٣٧) ، والذين تلقوا علاجاً سلوكياً فقط أو علاجاً سلوكياً ، مع علاج عقاقيرى ، أعراضا أخف شدة عن أولئك الذين عولجوا بالعقاقير فقط . وكان المرضى الذين تلقوا علاجاً عقاقيرياً فى فترة المتابعة (وعددهم ٢٥) يتقدمون بقدر جيد ، بصرف النظر عن ما إذا كانوا قد تلقوا علاجاً سلوكياً وعلاجاً بالعقاقير أو علاجاً بالعقاقير فقط . وبذلك ، يظهر أن المرضى لذين تلقوا علاجاً سلوكياً يحتفظون بمكاسب العلاج ، أكثر من المرضى الذين تلقوا علاجاً بالسيروتينين ، ثم سحب هذا العلاج ؛ فالعلاج بالعقاقير يعطى فوائد طويلة المدى تساوى العلاج السلوكى ، ولكن يستلزم استمرار استخدام المريض للعقار .

التقـــــويم :

بعد المقابلة التشخيصية للتأكد من وجود أعراض الوسواس القهرى ، يفضل تحديد مقدار شدة الأعراض باستخدام وسيلة أو أكثر من الوسائل الموصوفة فيما يلى . وتحديد مقدار شدة الأعراض سيساعد المعالج فى تقويم مقدار نجاح العلاج بالنسبة لمريض معين ، وفى عيادتنا تستخدم عدة وسائل للتقويم .

تقديرات الشخص القائم بالتقويم :

يقدر القائمون بالتقويم المريض على مقياس مكون من ٨ نقاط على نمط مقاييس «ليكرت» ، وهى تقيس ثلاثة مجالات : القلق ، الشعور بالكرب ، التجنب والطقوس . وعلى أساس المعلومات المتجمعة فى المقابلة المبدئية ، يحدد القائم بالتقويم ثلاث مشكلات أولية فى كل من المجالات الثلاثة ، ويقيس درجة شدتها . وعند تقييم القلق والشعور بالكرب لدى المريض ، يجب على المعالج أن يضع فى الاعتبار مقدار الشعور بالكرب الذى يحس به المريض ، عندما يواجه بالموقف أو الموضوع وعدد مرات تعرضه لهذا الشعور ومدى اقتناعه أن النتائج المخيفة ستحدث . فعلى سبيل المثال ، إذا كان المريض منشغلا بالتلوث يجب على المعالج أن يحدد المنبهات الثلاثة الأساسية للتلوث (الأشياء أو المواقف) ، وأن يقيس كلاً منها على حدة ، ثانياً : على المعالج أن يقيس درجة تجنب المريض للمواقف المرتبطة بالمثير ، الذى تحدد كمثير أساسى للشعور بالكرب . فعلى سبيل المثال ، إذا كان المسبب الأساسى للتلوث هو البراز ، يمكن أن تؤخذ حجرات الاستراحة العامة عنصراً لقياس التجنب ، ثالثاً : يجب على المعالج أن يقيس شدة الطقوس الثلاثة القهرية الأساسية . وتقاس شدة الطقس على أساس مرات تكرار السلوك الطقسى ومدته ، فعلى سبيل المثال ، درجة شدة الطقس الذى يحدث ٧٥ مرة فى اليوم ، ويستمر ٣٠ ثانية فقط فى كل مرة ، تقاس على أساس التكرار المرتفع ، بينما شدة الطقس الذى يحدث مرتين فقط فى اليوم ويستغرق ٩٠ دقيقة فى كل مرة ، تقاس بالزمن الذى يستغرقه أداء الطقس .

ومع أن الباحثين استخدموا هذه المقاييس ومثيلاتها فى دراسة نتائج العلاج لمرضى الوسواس القهرى (EmmelKamp & Beens., 1991; Foa et al., 1983b; Foa, Grayson, & Steketee, 1982; Mark et al., 1988; O, Sullivlan et al., 1991) ، فإن المعلومات عن خواصها السيكومترية نادرة .

ويظهر صدق هذه المقاييس وثباتها ، عندما يقوم باحثان منفصلان باستخدامها كل على حدة (Foa et al., 1983b) ، ولكن هناك اتفاقاً أقل بين تقديرات المعالجين وتقديرات المرضى (Foa, Steketee, Kozak & Dugger, 1985) ، ويتأيد صدق مقاييس التقدير هذه من حساسيتها الواضحة للتغير نتيجة للعلاج .

ومقياس ييل/براون للوسواس القهرى [1] – هو مقياس مقنن ، وضع حديثاً، يقوم القائم بالمقابلة باستكماله مثل باقى المقاييس السابقة (Y- BOCS; Goodman et al., 1989 a, 1989 b) . ويشتمل مقياس يل – براون للوسواس القهرى على ١٠ بنود (خمسة منها تقيس الوساوس وخمسة تقيس الدفعات القهرية) وكل منها مقسم إلى ٥ درجات تبدأ من الصفر (لا يوجد أعراض) إلى ٤ (أعراض شديدة) . ويقيس القائمون بالتقويم الوقت الذى تستغرقه الوسواس والدفعات القهرية، ودرجة تأثيرها على أداء الوظائف ، ومستوى الشعور بالكرب ، ومحاولات مقاومة الأعراض ودرجة التحكم فيها . وقد أظهر مقياس يل – براون للوسواس القهرى اتساقاً داخلياً وصدقاً (Goodman et al., 1989 a, 1989 b) .

وقد طورت قائمة النشاط القهرى [2] ، وهى أساساً قائمة مقابلة للوسواس القهرى (Philpott, 1975) كمقياس يقدر المقيم من خلاله أعراض اضطراب الوسواس القهرى وتدخلها فى أداء الوظائف اليومية . وتشتمل قائمة النشاط القهرى أساسا على ٦٢ بندا ، وهناك صورة مختصرة تحتوى على ٣٧ بندا (Marks, Hallaman, Connelly, & Philpott, 1977) ، وقد وضع فرويند واستيكتى ، وفوا (Freund, Stekett, & Foa, 1985) مقياساً ذاتياً مأخوذاً عن مقياس الوسواس القهرى ، يشتمل على ٣٨ بندا . وقد وجد أن هذا المقياس صادق وثابت وحساس للتغيرات الناتجة عن العلاج . (للمراجعة انظر Freund, 1986)

وهناك أيضاً أدوات قليلة للتقرير الذاتى لقياس أعراض اضطراب الوسواس القهرى ، مثل : قائمة «لايتون» الوسواسية [3] (Kazarian, Evans & Lefave, 1977) ، واستخبار «لينفيلد» للوسواس القهرى [4] (Allen & Tune, 1975) ، ومقياس «مودسلى» للوسواس القهرى [5] (Hodgsan & Rachman, 1977) .

(1) Yale - Brown Obessive Compulsive Scale (Y - Bocs)
(2) Obsessive Compulsive Interview Checklist
(3) Leyton Obessessional Inventory
(4) Lyn Field Obessional - Compulsive Questionnaire
(5) Maudsley Obessive Compulsive Inventory

وهذه المقاييس محدودة من حيث إنها تقيس أشكالاً معينة من سلوك الوسواس القهرى ، كما أنها تحتوى على بنود لا ترتبط بأعراض اضطراب الوسواس القهرى.

المقابلة المبدئية

بعد تشخيص اضطراب الوسواس القهرى وقبل بدء العلاج الفعلى ، يجب على المعالج أن يضع برنامجاً زمنياً يتكون من ٤ إلى ٦ ساعات مقابلات مع المريض . وفى هذه الجلسات يحتاج المعالج أن ينجز مهمتين هامتين . أولاً : أن تستخدم الجلسات لجمع المعلومات اللازمة لوضع خطة العلاج . وبالتحديد ، عليه أن يحدد المثيرات التى تسبب شعور المريض بالكرب (مثيرات التهديد) والتجنب والطقوس والنتائج المخيفة . ثانياً : يجب على المعالج أن يكون علاقة طيبة مع المريض ؛ حيث سيقوم المريض خلال فترة العلاج السلوكى الشامل بتدريبات على التعرض وضعت لاستثارة القلق والشعور بالكرب ، وعدم توفر العلاقة الطيبة بين المعالج والمريض قد يقلل من كفاءة برنامج العلاج .

ومثيرات التهديد قد تكون :

١ - أشياء ملموسة فى البيئة .

٢ - أفكاراً أو صوراً أو اندفاعات يخبرها الشخص .

(ولنقص المصطلحات الأفضل فقد اطلقنا عليهما المؤشرات الخارجية والمؤشرات الداخلية على الترتيب)

والتجنب السلبى والسلوك الطقسى (ويسمى أحياناً التجنب الإيجابى) ويعمل كل منهما على تقليل الشعور بالكرب المرتبط بمثيرات التهديد . ويمكن تقسيم الطقوس أيضاً إلى ظاهرة وخفية (عقلية) .

مثيرات الخوف الخارجية

يعانى معظم مرضى الوسواس القهرى من الخوف كرد فعل لمثيرات بيئية محددة (أشياء ، أشخاص ، مواقف) ولكن لكل مريض مثيرات تهديد خاصة به . فعلى سبيل المثال : الأفراد الذين يخافون التلوث من المراحيض قد يختلفون فى : هل يخافون من كل المراحيض ، أم فقط المراحيض فى دورات المياه العامة . وقد يخاف مريض من المرحاض نفسه فقط ، بينما يخاف آخر من أرضية الحمام أو

مقبض الباب أو البراز . وبالمثل قد يشعر شخصان بالكدر نتيجة توقع نشوب حريق فى المنزل ، ولكن أحدهما يعانى من هذا الشعور فقط ، عندما يكون هو آخر شخص يغادر المنزل ، بينما يعانى الآخر من هذا الشعور قبل أن يأوى إلى فراشه بالليل ، وعندما يكون أطفاله موجودين معه .

ويحتاج المعالج أن يجمع معلومات محددة عن المواقف ، التى تثير الشعور بالكدر لدى المريض ؛ لكى يحدد المصدر الأساسى للخوف . وتحديد المصدر الأساسى له أهمية لوضع برنامج العلاج . فمواجهة مصدر الخوف يعد شيئاً أساسياً لنجاح العلاج السلوكى لمرض الوسواس القهرى ، وغالباً ، عندما لا تحدث مواجهة لمصادر الخوف أثناء العلاج ، تحدث الانتكاسة . فعلى سبيل المثال ، المريضة التى كانت تخشى التلوث من مدينتها ، عولجت بالتعرض ومنع الاستجابة فى مكان يبعد ٣٠٠٠ ميل عن المدينة . وبسبب هذه المسافة ، أصبح التعرض للمدينة مستحيلاً ، ولذلك كان العلاج يتكون من التعرض لأشياء تلوثت بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من المدينة . ومع أن المريضة تعودت الأشياء المستخدمة فى جلسات التعرض ، إلا أنها ظلت تخاف من مدينتها . وخلال سنة بعد العلاج تكونت لديها مخاوف من أشياء جديدة مرتبطة بمدينتها ، ولم يتحقق لها الشفاء الدائم إلا بعد أن قامت بتعرض متكرر لمدينتها نفسها .

ومن المهم أن يقوم المعالج ببحث دقيق عن الأشياء والمواقف والأماكن ، التى تثير الكدر الوسواسى لدى المريض عند تعرضه لها ؛ فهذه المعلومات ستساعد فى تحديد مصدر هذا الشعور . ولتسهيل التواصل مع المريض بشأن المواقف التى تثير الشعور بالكدر، يستخدم مقياس الكدر الذاتى [1] (وحدات ذاتية للضيق تتدرج من صفر إلى ١٠٠) ، ويطلب من المرضى أن يحددوا درجة لكل موقف من حيث مستوى الكرب الذى يتوقعون الشعور به عند التعرض لهذا الموقف . والمتوقع أن ينال مصدر الكرب درجة ١٠٠ ، والمحادثة التالية تدور بين المعالج والمريضة ، وتوضح عملية جمع المعلومات عن المواقف التى تسبب الكرب:

المعالــج : متى تشعرين بالدافع لغسل يديكى ؟

المريضة : فى أماكن كثيرة ، هناك أماكن كثيرة .

---

(1) Subjective Distress Scale

المعالـج : هل هناك أماكن معينة يكون فيها الدافع شديداً بشكل ملحوظ ؟

المريضة : حسنا ، عندما أكون جالسة فى حجرة المعيشة بمنزلى ، خاصة قرب المدفأة . وأيضاً فى حجرة غسيل الملابس ، والتى لا أذهب اليها أبداً . وأيضاً ، عندما أتمشى فى المنتزه العام .

المعالـج : فلنتحدث عن حجرة المعيشة . ما مقدار ضيقك عندما تجلسين ملاصقة للمدفأة ؟

المريضة : هذا سىء . أعتقد ٩٠ .

المعالـج : هل تستطيعين أن توضحى لى سبب انزعاجك لهذه الدرجة ، وأنت فى حجرة المعيشة بمنزلك ؟

المريضة : حسنا إنها قصة طويلة ... وأنا أعرف أنها غير معقولة .

المعالـج : استمرى .. فمن المهم أن نفهم ما الذى يجعلك غير مرتاحة وخائفة فى حجرة معيشتك .

المريضة : منذ حوالى سنتين ، عندما استيقظت فى الصباح ودخلت حجرة المعيشة، وجدت سنجاباً ميتاً فى المدفأة . واعتقد أنه دخل من المدخنة . وقد جاءتنى الفكرة أنه طالما أن السنجاب مات ، فلابد أنه كان مريضاً . وأنا أعرف أن كثيراً من السناجب مصابة بالسعار ، ولذلك فكرت أنه إذا كان السنجاب قد مات بمرض السعار ، فإن جراثيم المرض ستكون قد انتشرت فى المدخنة .

المعالـج : هل حاولت تنظيف (تطهير) المدخنة والمدفأة ؟

المريضة : نعم ، طلبنا شركة متخصصة قامت بتنظيف المنطقة كلها ، ولكنى لست متأكدة أنهم يستطيعون تطيهر المكان من جميع الجراثيم .

المعالـج : فهمت ، وماذا بشأن حجرة غسيل الملابس ، ما مقدار انزعاجك من التواجد فى حجرة غسيل الملابس ؟

المريضة : هذه أيضاً أعطيها ١٠٠ درجة ، وهذا هو سبب عدم ذهابى إلى هناك .

المعالـج : كيف أصبحت حجره غسيل الملابس خطراً عليك؟

المريضة: هذه قصة أخرى . حتى عام مضى ، كان أطفالى يحتفظون بالفئران البيضاء ، التى يربونها فى حجرة غسيل الملابس . وذات يوم وجدنا الأم ميتة ، ولذلك اعتقدت أنها ماتت بمرض السعار أيضاً .

المعالـج : فهمت ، إذاً أنت تخافين عموماً من الإصابة بمرض السعار ، إذا تعاملت مع أشياء تعتقدين أنها ملوثة بجراثيم السعار . هل هذا صحيح ؟

المريضة : بالضبط . وهذا هو السبب أننى لا أحب التمشى فى الغابة أو المنتزه العام ؛ فهذه الأماكن بها جميع أنواع الحيوانات ، ولا تستطيع أن تعرف أين توجد الجراثيم .

يتضح من المحادثة السابقة أنها ليست حجرة المعيشة ولا حجرة غسيل الملابس ولا المنتزه العام فى حد ذاتها هى التى تخافها المريضة . بل بالأحرى ، أى موقف أو شىء تعتقد فى عقلها أنه ملوث بجراثيم السعار يصبح مصدراً للتلوث .

مثيرات الخوف الداخلية

قد يتولد القلق والكرب أيضاً عن تخيلات أو اندفاعات أو أفكار مجردة ، يجدها الفرد مزعجة أو مخجلة أو تثير الاشمئزاز . والأمثلة لهذه المثيرات تشمل الاندفاعات أن يقتل الشخص ابنه ، أو فكرة أن يصاب الزوج فى حادثة ، أو تخيلات لشخصيات ذات مناصب دينية تتورط فى أفعال جنسية . ومن الواضح أن مثيرات التهديد الداخلى قد تنتج عن مواقف خارجية مثل رؤية السكين قد يثير الدافع أن يطعن الشخص ابنه – وبعض المرضى قد يصيبهم الضيق عندما يخبرون مشاعر جسمانية معينة ، مثل إثارة بعض الآلام العادية الخوف من الإصابة بالسرطان .

وفى حالات كثيرة ، قد يحجم المرضى عن التعبير عن الآفكار الوسواسية ، إما لأنهم يخجلون منها أو لأنهم يخشون التعبير عنها ؛ حتى لا يزيد هذا من احتمال وقوع نتائجها .

وفى مثل هذه الحالات ، على المعالج أن يشجع المريض على التعبير عن هذه الأفكار عن طريق الأسئلة المباشرة ، واتخاذ اتجاه يتفق مع الواقع . وكثيراً ما يساعد فى هذا الموقف على تعريف المريض أن هناك أشخاصاً لا حصر لهم سواء

مرضى بالوسواس القهرى أو أصحاء لديهم أفكار غير مرغوبة (وتصل نسبتهم إلى ٨٥٪ من الأفراد أو الأسوياء) (Rachman & Desilva, 1978) . وقد يكون من المفيد أيضاً تذكير المريض أن الحديث عن الوساوس سيكون جزءاً من العلاج ، وتتيح جلسة التقويم الفرصة لبدء هذه العملية .

المعالج : إذاً أخبرنى متى تشعر بالدافع للعد ؟

المريض : يخيل لى أننى دائماً أعد شيئاً ما ، ولكن هذا الدافع ينتابنى غالباً عندما أفكر فى أشياء معينة .

المعالج : ما نوع هذه الأشياء ؟

المريض : لا أعرف ، أشياء رديئة .

المعالــج : هل تستطيع أن تعطينى بعض أمثلة عن الأفكار الرديئة التى تجعلك تريد أن تعد ؟

المريض : (بعد صمت قصير) . فى الحقيقة أفضل ألا أتحدث عنها ؛ فهذا يزيد الأمر سوءاً .

المعالــج : تقصد أنها تجعل العد أسوأ ؟

المريض : نعم .

المعالــج : حسنا ، عرفت الآن أنك عندما تفكر أو تتكلم عن أشياء سيئة معينة ، يتولد لديك الدافع للعد ، ولكنى لم أعرف بعد ما هذه الأشياء السيئة . ما رأيك أن تخبرنى لكى استطيع أن أساعدك بشأنها ؟

المريض : فى الحقيقة لا أستحسن هذا . ألا نستطيع أن نتحدث عن شىء آخر ؟

المعالج : من المهم أن أعرف ما هى هذه الأفكار ؛ لكى أضع لك خطة العلاج . سأحاول أن أساعدك ، هل هذه الأفكار تتضمن إصابة شخص ما بأذى ؟

المريض : نعم .

المعالــج : هل هذه الأفكار تتضمن إصابة أشخاص معينين بالأذى ، أم اصابة أى شخص ؟

المريض : غالباً عائلتى .

المعالــج : حسناً ، ماذا تستطيع أن تخبرنى أيضاً عن هذه الأفكار ؟

المريض : فى الحقيقة ، لا أريد أن أقول أى شىء أكثر .

المعالـج : أعلم أن هذا يفزعك ، ولكن تذكر أن مواجهة مخاوفك هو الهدف من هذا العلاج .

المريض : حسناً ، إنها ليست دائماً أفكاراً . أحياناً صوراً فى مخيلتى فيها أخى أو أمى أو أبى موتى ، وأخشى أننى إذا تكلمت عن هذه الأفكار والصور أن يموتوا فعلاً .

المعالج : كثير من الناس لديهم أفكار لا يحبونها ، حتى الناس غير المصابين بالوسواس القهرى . ووجود هذه الأفكار لديك أو كلامك عنها لا يعنى إطلاقاً أنه ستحدث فعلاً أو أنك تريدها أن تحدث .

من المهم طمأنة المريض أن الأفكار غير السارة كثيرة ما ترد وتأكيد التفرقة بين الأفكار والواقع . وكثيراً من مرضى الوسواس القهرى لديهم أفكار سحرية ، طمس فيها الفرق بين «التفكير فى الشىء» و «جعله يحدث» . ومن المهم أن توضح للمريض أن الأفكار تختلف عن الأفعال ، ويظن مرضى كثيرون أيضاً أنه إذا دخلت الأفكار السلبية عقولهم ، فهذا معناه أنهم يرغبون فى وقوع الحادث السىء . ويجب على المعالج أن يؤكد للمريض أن التفكير فى الأشياء السيئة لا يعنى إطلاقاً أن الشخص يريدها أن تحدث .

النتائج المخيفة

يخشى كثير من مرضى الوسواس القهرى من حدوث شىء رهيب إذا عجزوا عن أداء الطقوس ؛ فمرضى الاغتسال المتكرر مثلاً يخافون أن يمرضوا ، أو أن شخصا آخرا سيمرض ، أو يصابون بالعجز أو يموتون نتيجة للتلوث بالجراثيم . وكثير من المرضى بالتكرار للاطمئنان (أى مراجعة كل ما يصدر عنهم وحولهم من أنشطة) يخافون أن يسبب إهمالهم العد حدوث كارثة مثل احتراق منزلهم أو دهس شخص ما بالسيارة . وبعض المرضى لديهم فكرة غامضة فقط عن ماهية هذه النتائج السلبية (مثال : لا أعرف بالضبط ما سيحدث ، ولكنى أشعر أننى إذا لم أعد إلى الرقم ٧ سيحدث شىء سىء لعائلتى) . وهناك آخرون لا يخافون الكوارث إطلاقاً ، ولكنهم لا يستطيعون تحمل الكرب الانفعالى ، الذى سيحدث لهم إذا لم يمارسوا الطقوس . وآخرون يخشون أنه إذا لم يمارسوا الطقس ، سيزداد القلق باضطراد إلى أن يصابوا بانهيار عصبى .

ومن المهم تحديد تفاصيل محددة لنتائج المريض المخيفة لوضع خطة فعالة لبرنامج التعرض ، فعلى سبيل المثال ، يختلف محتوى التعرض التخيلى بالنسبة لمريض يراجع أثناء قيادة السيارة ؛ خشية أن يكون قد صدم أحد المارة فيكون مصيره السجن ، عن محتواه بالنسبة لمريض يخشى أن يصدم أحد المارة فينال العقاب من الله . وبالمثل ، فإن الأشخاص الذين يمارسون طقس ترتيب الأشياء بنظام معين قد يختلفون بالنسبة للكوارث التى يتوقعون حدوثها فيرهبونها ؛ فالبعض يمارس الطقس لكى يمنع بطريقة سحرية وقوع النتائج الوخيمة (على سبيل المثال : موت الوالدين) ، بينما يمارس الآخرون ذلك ليخففوا الشعور بالكرب الناتج عن وجود الأشياء دون نظام .

فالنوع الأول يفيدهم العلاج بالتعرض التخيلى والواقعى ، بينما يتوقع أن يستفيد الآخرون من التعرض الواقعى فقط .

قـوة الاعتـــقاد

قادت الملاحظات الإكلينيكية فوا Foa (1979) إلى الإشارة إلى أن مرضى الوسواس القهرى الذين لديهم أفكار مبالغ فى قيمتها لا يستجيبون جيداً للتعرض ، ومنع الاستجابة مع أن دراسة تالية فشلت فى إيجاد علاقة مستقيمة بين قوة الاعتقاد فى الكوارث المخيفة ، والتحسن الذى يعقب التعرض ومنع الاستجابة (Lelliott et al., 1988) . وهناك قضيتان تحتاجان للمناقشة فى تقويم هذه النتائج . أولاً ، أن صدق مقياس قوة الاعتقاد المستخدم فى هذه الدراسة غير معروف وكذلك ثباته . ثانياً ، أن العلاقة بين الأفكار المبالغ فيها ونتائج العلاج قد لا تكون علاقة مستقيمة ، فالملاحظة الإكلينيكية توحى أن المرضى الذين يعبرون عن اعتقاد شديد فى أفكارهم الوسواسية فقط ، هم الذين يحققون نتائج ضعيفة . ويظهر هؤلاء المرضى ضلالاتهم عند مناقشة الكوارث التى يرهبونها .

وعند تقويم قوة الاعتقاد ، من المهم تذكر أن استبصار المريض بعدم معقولية اعتقاده كثيراً ما يتذبذب . فبعض المرضى لديهم الاستعداد أن يعترفوا أن اعتقاداتهم الوسواسية غير معقولة ، ولكنها تظل تسبب لهم شعوراً ملحوظاً بالكرب ، وأفراد قليلون يعتقدون بشدة أن وساوسهم وقهرياتهم معقولة . وبالنسبة لمعظم المرضى ، نجد أن قوة الاعتقاد تتذبذب مع المواقف ؛ مما يجعل من الصعب الجزم بدرجة اعتقادهم بعدم معقولية الوساوس .

وفيما يلى مثال للتحقق من قوة اعتقاد مريضة فى خوفها الوسواسى من الاصابة بمرض الايدز .

المعالج : فى رأيك ، ما احتمال إصابتك بمرض الايدز نتيجة لاستخدام المحال العامة ؟

المريضة : إننى مرعوبة حقاً من الإصابة بالايدز فى حالة استخدام الحمام فى أحد المطاعم .

المعالج : أعلم أنك تخشين الاصابة بالايدز ، ولكن إذا فكرت بشكل منطقى ، ما رأيك فى احتمال إصابتك بالايدز إذا استخدمت مرحاضاً فى مكان عام؟

المريضة : اعتقد أننى سأصاب بالإيدز إذا استخدمت مرحاضا عاما .

المعالج : إذاً هل تقصدين أن احتمال إصابتك بالايدز فى حالة استخدام مرحاض فى مكان عام ١٠٠ ٪ ؟

المريضة : حسنا ، لا أعرف إذا كان هذا ممكن أن يحدث من مرة واحدة ، ولكن اعتقد أن هذا ممكن أن يحدث إذا تكرر الاستخدام .

المعالج : وماذا عن الآخرين ، هل يمكن أن يصابوا بالايدز إذا استخدموا المراحيض العامة ؟

المريضة : أظن هذا ، ولكنى لست متأكدة .

المعالج : بما إن معظم الناس يستخدمون دورات المياه العامة ، إذاً لابد أن جميعهم تقريباً أصيبوا بالإيدز فعلاً . فكيف تفسرين أن عدد المصابين فعلاً بالايدز عدد قليل نسبياً ؟

المريضة : ربما ليس لدى الجميع الاستعداد للإصابة بالمرض مثلى .

المعالج : هل تعتقدين أنك بالذات أكثر استعداداً للإصابة من بقية الناس ؟

المريضة : لا أعرف بالتأكيد ، ربما احتمال إصابتى بالايدز ٥٠ ٪ .

وبناءً على المقابلة السابقة ، تم التوصل إلى أن المريضة لا تعانى من «المبالغة فى قوة الاعتقاد» ، ولذلك فمآل هذه المريضة أكثر إشراقاً منه لو استمرت فى تمسكها باعتقادها القديم . وبناء عليه اتبع أسلوب التعرض ، ومنع الاستجابة مع هذه المريضة بالمستوى العادى .

التجنب والطقوس

لكى نصل بالعلاج إلى أقصى كفاءة ، يجب منع كل أنواع السلوك الطقسية التجنبية ، حتى لو كانت تبدو بسيطة . ولذلك ، يجب أن يجمع المعالج معلومات كاملة عن التجنب السلبى والطقوس . وإذا انتاب المعالج الشك فى علاقة سلوك تجنبى بالوسواس القهرى ، عليه أن يقترح إجراء تجربة ، يتعرض فيها المريض للموقف الذى يتجنبه . وإذا كان المريض يعانى من القلق أو الكرب ، يجب منع السلوك التجنبى كجزء من العلاج . وبالمثل ، إذا لم يكن من المؤكد أن تصرفاً معيناً يشكل طقساً، يمكن إجراء تجربة للتعرض ومنع الاستجابة . وإذا كان الامتناع عن أداء يسبب الكرب يصنف التصرف كطقس ، ويجب أن يعالج على أساس هذه الصفة .

ومرضى الوسواس القهرى مثلهم مثل مرضى المخاوف ، كثيراً ما يحاولون تجنب المواقف التى تثير القلق . ومعظم استراتيجيات التجنب السلبى واضحة جداً (على سبيل المثال : الامتناع عن دخول دورات المياه العامة ، والامتناع عن إعداد الطعام ، والامتناع عن إخراج القمامة خارج المنزل) . إلا أن المعالج يجب أن ينتبه أيضاً إلى أشكال التجنب المقنعة ، مثل : حمل النقود فى الجيب لتجنب فتح كيس النقود ، ولبس أحذية مفتوحة لتجنب لمس اربط الحذاء ، واستخدام شفاطة فى الشرب لتجنب لمس الكوب أو العلبة .

والطقوس الإيجابية – مثلها مثل التجنب السلبى – قد تكون واضحة (على سبيل المثال ، الإطالة فى الاغتسال ، تكرار التأكد من إغلاق الأبواب ، والتأكد من تنظيم الأشياء) أو مقنّعة (مثل : مسح اليدين فى السروال ، وتكرار اغلاق العينين وفتحها ، والتفكير فى أفكار خيرة) . ومن المهم أن يحدد المعالج الطقوس الظاهرة والمقنعة لكى يوجه العلاج إليها جميعاً .

ومع أن الطقوس الوسواسية مقصود بها تخفيف الشعور بالكرب (الضيق) المرتبط بالوساوس ، فإنه أحياناً ما يسجل المرضى أن أداء الطقوس فى حد ذاتها منفر. فعلى سبيل المثال ، كانت السيدة «س» التى تعانى من وسواس ترتيب الأشياء على الأرفف ، تجد أن إعادة ترتيب الأشياء منفر ، لأنها عجزت عن أن تجد المكان «السليم» لكل شىء . كما أن السيد «ج» الذى كان يشعر بالتلوث من الكيماويات ، يجد أن عملية تطهير نفسه بتكرار غسل الأيدى منفر ؛ لأنه كان

يعجز عن أن يقرر متى تصبح يداه نظيفة بدرجة كافية ، فكان يستمر فى الاغتسال إلى أن تصبح «نقية تماماً» . وهناك سبب آخر يجعل الطقوس منفره هو تدخلها فى باقى جوانب حياة الشخص . فعلى سبيل المثال : كان السيد «ج» يتعرض للتأنيب المتكرر من رئيسه فى العمل لتأخره ، بسبب اضطراره للاستحمام لمدة ساعتين ؛ لكى يشعر أنه نظيف بدرجة كافية .

وعندما تصبح قهريات معينة منفرة ، يقلل بعض المرضى من الوقت الذى يقضونه فى ممارسة الطقس بزيادة السلوك التجنبى ، أو باستبداله بطقس آخر يستهلك وقتاً أقل . على سبيل المثال كانت الآنسة «ى» التى استحوذ عليها الخوف من التلوث من الأشياء المرتبطة بالجنازات (مثل : المقابر والناس العائدين من تشييع الجنازات) تستغرق ساعات فى الاستحمام وغسيل يديها ، ثم تنسحب إلى حجرة نومها وتتجنب التعامل مع العالم الخارجى قطعيا . وكان السيد «ج» الذى سبق الإشارة إليه يتجنب الاستحمام لمدة أيام فى بعض المرات ، ولكن بين الحمام وآخر كان يمسح يديه بطريقة قهرية ويتجنب لمس زوجته .

وفى بعض حالات ، كانت طقوس جديدة تحدث أثناء العلاج ؛ لتقوم بوظيفة تلك التى سبق تحديدها ومنعها . على سبيل المثال كان السيد «ف» الذى شاغله تلوث يديه ، قد نجح فى مقاومة الدافع لغسل يديه ، ولكن بعد استخدام منع الاستجابة بدأ يحك يديه معاً بشدة لكى يطهرها من التلوث . وعند تحديد مثل هذا الطقس البديل ، يلزم أيضاً توجيه العلاج إليه باستخدام منع الاستجابة . ويجب على المعالجين أن يظلوا متيقظين لمثل هذه التحولات فى السلوك الطقسى .

تاريخ الشكوي الأساسية

يعجز كثير من مرضى الوسواس القهرى عن إعطاء بيان مفصل عن بداية أعراض المرض لديهم ؛ لأن الأعراض بدأت مقنعة منذ سنوات كثيرة مضت . إلا أنه يجب بذل المحاولات لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن بداية الاضطراب ومساره ، فهذه المعلومات قد تقدم مفاتيح الحل عن جوانب شبكة التهديد والمتغيرات المرتبطة باستمرار الأعراض ، وقد تساعد فى التنبؤ بالصعوبات التى يمكن أن تبرز أثناء العلاج (على سبيل المثال : الوساوس أو الطقوس القديمة ، التى قد تطفو على السطح مع اختفاء الطقوس البارزة) .

وكثير من مرضى الوسواس القهرى لهم تاريخ طويل فى العلاج النفسى والعلاج بالعقاقير ، ومن المهم البحث فى نتائج العلاج السابقة . وإذا كان المريض قد سبق علاجه بالتعرض ومنع الاستجابة على المعالج أن يقوّم سلامة العلاج السابق ومدى امتثال المريض لمتطلبات العلاج . فمعرفة المشكلات التى تعرض لها المريض فى الامتثال لتعليمات منع الاستجابة ، أو أن العلاج السابق عجز عن أن يقدم خبرات تعرض كافية أو إرشادات منع الاستجابة أمور مهمة لوضع البرنامج السلوكى ، كما يجب مناقشة العوامل الأخرى ، التى أعاقت نجاح النتائج أو سببت نكسة مثل ضغوط العمل أو حدوث وفاة فى العائلة أو الحمل.

وقد رأينا حديثاً عدداً كبيراً من المرضى بالوسواس القهرى ، الذين عولجوا أو يجرى علاجهم بالسيروتونين . بعضهم يطلب العلاج السلوكى ؛ لكى يثبتوا المكاسب الجزئية التى حصلوا عليها من العلاج بالسيروتنين ، والبعض يرغب فى عدم الاستمرار فى العلاج الدوائى ؛ لأنه بلا فاعلية ، أو بسبب آثاره الجانبية ، أو لأنهم لا يرغبون فى أخذ عقاقير إلى ما لا نهاية . وتقويم أهداف علاج المريض لازم لوضع برنامج العلاج .

أداء الوظائف الاجتماعية

قد تعوق أعراض اضطراب الوسواس القهرى بشدة أداء المريض لوظائفه اليومية ، ويجب على المعالجين أن يقدروا أعراض الوسواس القهرى على المجالات المختلفة من الأداء الوظيفى ، وإذا لزم تستخدم هذه المعلومات لوضع تدريبات تعرض مناسبة . فعلى سبيل المثال ، كانت السيدة «د» تعانى من مشكلة فى إنجاز مهام عملها ؛ لأنها كانت تكرر مراجعة كل عمل تؤديه . وكان العلاج يتضمن التعرض لأداء مهام فى العمل دون مراجعة ، وحتى فى حالة عدم عمل المريض يلزم التعرض لمواقف تحاكى مواقف العمل ، إذا كانت الأعراض قد سببت مشكلات فى الوظائف السابقة .

ومن الواضح أن اضطراب الوسواس القهرى له تأثير ضار على العلاقات الزوجية لكثير من المرضى ، فحوالى نصف الأفراد المتزوجين ، الذين يسعون إلى علاج الوسواس القهرى ، يعانون من الكرب الزواجى (EmmelKamp et al., 1990; Riggs et al., 1992) . كما تضر أعراض الوسواس القهرى أيضاً بالعلاقات العائلية والاجتماعية الأخرى ، وقد ينشأ العجز فى أداء الوظائف

الاجتماعية إما نتيجة إدراك الاتصال الاجتماعى كموقف مهدد (على سبيل المثال خوف المريض من أن ينقل العدوى للآخرين) ، أو لأن جزءاً كبيراً من وقت وجهد المريض يستهلك فى أداء الطقوس والتفكير فى خطط لتجنب مواقف الكرب . كما أن المعلومات عن علاقة سوء أداء الوظائف الاجتماعية بأعراض اضطراب الوسواس القهرى ، قد تقود المعالج إلى أن تضمين العلاج تدريبات معينة تهدف علاج هذه الصعوبات الاجتماعية .

ويتضمن تقوّيم أداء الوظائف الاجتماعية أيضاً تقوّيماً لدور الآخرين (إذا كان لهم دور) فى الطقوس القهرية لدى المريض ، فإذا كان المريض يعتمد على آخرين للاطمئنان (التوكيد) ، أو الامتثال للطقوس (على سبيل المثال : وجوب خلع أفراد العائلة أحذيتهم قبل دخولهم المنزل) ، فيجب على المعالج أن يوجه العائلة لطريقة الاستجابة الملائمة ، عندما يطلب منهم المشاركة فى طقوس المريض ، ويلزم التحليل الدقيق للعلاقة قبل إعطاء تعليمات محددة للآخرين ذوى الأهمية .

الحالة المزاجية

على الرغم أن بعض مرضى الاكتئاب الشديد والوسواس القهرى قد يستفيدون من العلاج السلوكى للوسواس القهرى (Foa, Kozak, Steketee. & McCarthy, 1992) ، تشير الابحاث إلى أن الاكتئاب الشديد قد يحد من مقدار خفض أعراض الوسواس القهرى ، ومن المكاسب التى يمكن المحافظة عليها (Foa et al., 1982; Foa; Grayson, Steketee, & Doppelt, 1983 a; Marks, 1977; Rachman, Hodgson, 1980) . لذلك من الضرورى تقييم الحالة المزاجية للمريض قبل بدء العلاج السلوكى ، فقد يعالج مرضى الاكتئاب الشديد بمضادات الاكتئاب أو بعلاج معرفى لتخفيف أعراض الاكتئاب قبل استخدام العلاج السلوكى للوسواس القهرى . ويحتمل أن يؤدى العلاج بمضادات الاكتئاب مثل الاميبرامين أو الفلوكسامين إلى خفض أعراض الوسواس القهرى ، وكذلك أعراض الاكتئاب . وحيث أن تأثير هذا العلاج على الوسواس القهرى قد لا يظهر قبل ثلاثة شهور من العلاج ، فإن المعالج يحتاج أن يستخدم تقديره الإكلينيكى لتحديد بدء العلاج السلوكى عند انخفاض الاكتئاب أو الانتظار لحين ظهور تأثير العلاج بالعقاقير على أعراض الوسواس القهرى .

العـــلاج

كيف يقرر المعالج أنسب علاج لمريض معين ؟ كما سبق أو وضحنا ، أظهر أسلوب التعرض ومنع الاستجابة ، وكذلك العلاج بالسيروتنين فاعلية مع الوسواس القهرى . ويواجه المريض والمعالج مهمة اختيار العلاج السلوكى أو العلاج بالعقاقير أو الجمع بينهما ، وليس هناك علاج ناجح مع جميع المرضى ، كما أنه لا يمكن التنبؤ بمن سيستفيد أكثر من علاج معين . ولذلك ، ما لم يكن علاجاً معيناً قد نجح أو لم ينجح مع المريض من قبل ، يجب أن يبنى القرار على عوامل ، مثل : توفر العلاج ، ومقدار الوقت المتاح للمريض ليخصص للعلاج ، ودوافع المريض واستعداده لتحمل الآثار الجانبية .

ويتطلب العلاج السلوكى الشامل تخصيصاالكثير من الوقت على مدى عدة أسابيع للعلاج ، وكثيرين من المرضى لا يستطيعون أو لا يرغبون فى تخصيص أربع أو خمس ساعات يومياً للعلاج . ويتعين نصح هؤلاء المرضى بتجربة العلاج الدوائى ؛ لأنه لا يحتاج لتخصيص الوقت نفسه . وبعض المرضى لا تتوفر لديهم الرغبة أن يتحملوا مضايقات العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة (احيانا ما يقولون : لا يمكننى القيام بذلك) ، وهؤلاء أيضاً ينصحون بتجربة العلاج الدوائى .

وبعض المرضى يهتمون بالآثار الجانبية الكامنة للعلاج بالعقاقير أو تأثيراته غير المعروفة (التى ربما قد تعرضوا لها من قبل) على المدى البعيد . وهؤلاء يفضلون غالباً العلاج السلوكى ، ويهتم مرضى آخرون باحتمال الانخراط فى علاج «ليس له نهاية» ؛ حيث إنه طبقاً للمعلومات الحالية – تحدث الانتكاسة عند سحب العلاج بالعقاقير (Pato et al., 1988; Thoren, Asberg, Chronholm et al., 1980) . وهذا الاهتمام يخص النساء بوجه خاص ، إذا كن ينوين الإنجاب فى المستقبل ، وسيحتاجن للانسحاب من العلاج العقاقيرى أثناء الحمل ، وهؤلاء ينصح لهن بالعلاج السلوكى لأن آثاره يمكن تحملها أكثر .

وغير واضح حالياً الآثار البعيدة المدى للجمع بين العلاج السلوكى والعلاج الدوائى ؛ ومن السابق لأوانه التوصية ببرنامج علاجى يجمع العلاجين . إلا أن بعض المرضى الذين يتقدمون للعلاج السلوكى يسيرون فعلاً على علاج دوائى بمضادات الاكتئاب ؛ وحيث إنه لم يوجد تعارض بين العلاج بالعقاقير وفعالية العلاج السلوكى ، يوصى أن يستمر المرضى فى أخذ العلاج الدوائى ، إذا كان قد

حدث تحسن فى أعراض الوسواس القهرى أو أعراض الاكتئاب . إلا أنه إذا كان لم يحدث تحسن مرضى مع العلاج الدوائى ، فيجب مناقشة موضوع انسحابه من العلاج الدوائى قبل أو أثناء العلاج السلوكى . ويجب إعطاء اهتمام خاص للمرضى الذين يعانون من اكتئاب شديد مصاحب للوسواس القهرى . ويوصى بعلاج هؤلاء المرضى من الاكتئاب بمضادات الاكتئاب أو بالعلاج المعرفى ، قبل دخولهم العلاج السلوكى المكثف للوسواس القهرى .

التعرض المكثف ومنع الاستجابة

يتكون برنامج العلاج بالتعرض المكثف من أربع مراحل :

١ – جمع المعلومات .

٢ – التعرض المكثف ومنع الاستجابة .

٣ – الزيارة (المتابعة) المنزلية .

٤ – مرحلة تثبيت (تدعيم) نتائج العلاج ومنع الانتكاسة .

جمع المعلومات وو ضع خطة للعلاج

تتكون أول مرحلة لجمع المعلومات من تقوّيم تشخيصى شامل ، للتأكد من أن المرض النفسى الأساسى لدى المريض هو الوسواس القهرى ، والخطوة التالية هى تقدير صلاحية المريض للعلاج السلوكى . ونوصى أن يعالج مدمنى المخدرات أو الكحوليات من هذا الادمان ، قبل العلاج المكثف للوسواس القهرى . كما أن المرضى الذين لديهم ضلالات وهلاوس لا يفيد معهم العلاج المكثف كثيراً. ويجب علاج الأفراد المصابين بالاكتئاب الشديد من الاكتئاب ، قبل علاجهم من الوسواس القهرى . ثالثاً : يجب تقوّيم دوافع الشخص فى الامتثال لمتطلبات العلاج المكثف . ومن المهم شرح العلاج بطريقة مفصلة ؛ لكى لا يفاجأ المريض ببعض أمور عند بدء العلاج ، أما إذا لم يظهر المريض دافعاً قوياً والتزاماً بمتطلبات العلاج قد يفضل تأجيل تطبيق العلاج المكثف أو تقديم علاج بديل ، مثل : العلاج العقاقيرى أو تجربة علاج سلوكى أقل كثافة .

وبعد تقرير صلاحية المريض للعلاج المكثف تبدأ مرحلة جمع المعلومات لوضع خطة العلاج ، وتتكون هذه المرحلة من مقابلات مع المريض لمدة ٤ إلى ٦ ساعات تجرى على فترة تمتد من يومين إلى ثلاثة . وخلال هذه المرحلة ، يجمع

المعالج معلومات عن أعراض الوسواس القهرى لدى المريض ، وتاريخه العام وتاريخ علاجه من الوسواس القهرى كما سبق توضيحه . وخلال هذه الجلسات تناقش أسس العلاج ويوضح برنامج العلاج بالتفصيل ، ويوجه المرضى إلى طريقة مراقبة طقوسهم وتوضع خطة للعلاج .

ومن المهم جداً مناقشة أسس العلاج ووصف برنامج العلاج بالتفصيل ، ويتطلب البرنامج أن يقلع المريض عن عادات الوسواس القهرى . وبناءً عليه يتعرض بصفة مؤقتة لإحساس كبير بعدم الارتياح ، وإذا لم يفهم المرضى الداعى لتحمل هذا الكرب لفترة قصيرة ، أو إذا لم يقتنعوا بجدوى العلاج ، فمن غير المحتمل أن يمتثلوا لتعليمات العلاج . ويشرح الأساس المنطقى للعلاج بالأسلوب التالى :

«لديك مجموعة من العادات تعرف بأعراض الوسواس القهرى ، وهى عادات تتعلق بالتفكير والشعور والتصرف وهى غير سارة على الاطلاق ، ومضيعة للوقت والجهد ومن الصعب التخلص منها بمفردك . هذه العادات تتضمن عادة أفكاراً وخيالات أو اندفاعات تتبادر إلى عقلك ، مع أنك لا ترغب فيها . بالإضافة إلى هذه الافكار لديك مشاعر غير مرغوب فيها بالقلق أو الكرب الشديد ودوافع قوية لأن تفعل شيئاً لتخفيف هذا الكرب وفى محاولة التخلص من القلق يتورط الناس فى أفكار أو تصرفات خاصة معينة نسميها بالطقوس .

وللأسف ، كما تعلم ، فإن الطقوس لا تفيد وينخفض الشعور بالكرب لفترة قصيرة فقط ثم يعود ثانية . وفى النهاية ، تجد نفسك تتورط فى المزيد من الطقوس فى محاولة تخفيف القلق ، ولكن هذا التخفيف مؤقت وتضطر إلى تكراره مرة أخرى . وبالتدريج تجد أن وقتك وجهدك ضائع فى ممارسة الطقس – دون جدوى – بينما يمتد الضرر إلى جوانب أخرى من مجالات حياتك .

والعلاج الذى سنبدأ فيه يسمى بالتعرض ومنع الاستجابة . وهو مصمم لكسر نوعين من الارتباطات ، الأول : هو الارتباط بين مشاعر القلق والأشياء والمواقف أو الافكار التى تسبب هذا الكرب (استخدام المعلومات التى حصلت عليها كأمثلة ، فعلى سبيل المثال «أنك فى كل مرة تلمس شيئاً مرتبطاً بالتبول ، تشعر بالقلق والكرب أو التلوث) . الارتباط الثانى الذى نريد أن نكسره هو الارتباط بين ممارسة السلوك الطقسى والشعور بانخفاض القلق أو الشعور بالكرب ، بمعنى آخر ،

فإنك بعد أن تمارس الطقس (حدد طقسا معينا) تشعر مؤقتاً بانخفاض الكرب . ولذلك فإنك تواصل ممارسة هذا السلوك . والعلاج الذى نقدمه سيكسر الرابطة التلقائية بين مشاعر القلق ، عدم الراحة ، التلوث (حدد الوسواس) وطقوسك ، وسوف تتدرب على عدم ممارسة الطقس عند شعورك بالقلق .

وبعد تقديم الأساس المنطقى للعلاج ، يبدأ المعالج فى جمع المعلومات عن أعراض الوسواس القهرى لدى المريض ، ويقدم الأساس المنطقى لجمع المعلومات. ووصف العلاج بالأسلوب التالى :

«وفى الجلستين التاليتين سأسألك أسئلة محددة عن المواقف والافكار المختلفة ، التى تولد القلق أو عدم الارتياح لديك . وسنرتبها طبقاً لدرجة الكرب الذى تولده فيك على مقياس مدرج من صفر إلى ١٠٠ ؛ حيث يدل الصفر على انعدام القلق وتمثل درجة ١٠٠ أقصى درجة للقلق أو الهلع .

ويتضمن برنامج العلاج بالتعرض مواجهتك بمواقف وأفكار تتجنبها لأنها تولد القلق ، وتدفعك إلى ممارسة السلوك الطقسى . لماذا نريد أن نعرضك لأماكن وأشياء تجعلك غير مرتاح ؟ وهى مواقف حاولت أن تتجنبها مهما كانت التكلفة ؟ ونحن نعرف أنه عندما يتعرض الناس لمواقف يرهبونها ، يبدأ القلق فى التناقص تدريجيّاً . ومن خلال التعرض إذاً يضعف الارتباط بين القلق و (حدد الوساوس المعينة) ؛ لأنه سيتكرر تعرضك لهذه المواقف لكى يتناقص القلق الذى سبق استثارته بمرور الوقت .

«وبالنسبة لكثير من مرضى الوسواس القهرى ، تحدث الوساوس فى مخيلتهم ، ونادراً ما تحدث فى الواقع . وهذا يجعل من المستحيل ممارسة التعرض بمواجهة هذه المواقف فعلاً لفترات طويلة ، فعلى سبيل المثال ، إذا كان الشخص يخشى من احتراق منزله لا يمكن بالطبع أن تحرق منزله لكى يمارس التعرض ، وبالمثل ، المريض الذى يخشى أن يكون قد صدم شخصاً بسيارته ، وأن الضحية ملقى الآن فى الطريق – لا يمكن تعريضه لهذا الموقف فعلاً .

وإذا كان التعرض للموقف المخيف ضرورياً لتقليل الوسواس ، كيف يمكن أن تتحسن حالتك دون مواجهة الموقف فعلاً ؟ يمكن أن تواجه هذه المواقف عن طريق التخيل ، تتخيل أن الظروف التى ترهبها ستحدث . وفى ممارسة التخيل تخلق فى عقلك صوراً مفصلة للظروف الرهيبة ، التى تخشى حدوثها ، إذا لم

تمارس السلوك الطقسى . وأثناء التعرض الطويل لهذه التخيلات يتناقص تدريجياً الشعور بالكرب .

وعندما يواجه مرضى الوسواس القهرى المواقف المخيفة أو أفكارهم الوسواسية ، يشعرون بالقلق أو الكرب ويشعرون بالاضطرار لأداء السلوك الطقسى كوسيلة لتخفيف الكرب . ويمكن أن تسبب ممارسة التعرض هذا الشعور نفسه بالكرب وتدفعك لممارسة الطقس . وعادة ، تؤدى ممارسة الطقس إلى تقوية نمط الشعور بالكرب والطقس . ولذلك عادة ما يتضمن العلاج منع الطقس لقطع عادة ممارسة الطقس ، ويتطلب هذا أن توقف ممارسة الطقس ؛ حتى إذا كان لا يزال لديك الدافع لذلك ، وبمواجهة مخاوفك دون اللجوء إلى الدفعات القهرية سيتناقص قلقك تدريجيا . ويسمى المعالجون السلوكيون هذا الأسلوب بالتعود . ولذلك ، خلال أسابيع العلاج الثلاثة للتعرض المكثف ، يضعف الارتباط بين التخلص من القلق وممارسة الطقس (حدد طقس المريض) ، لأنه لن يسمح لك بالتورط فى مثل هذا السلوك ، وبذلك ستكتشف أن القلق يتناقص حتى دون اللجوء إلى هذه الأنشطة .

وتستخدم جلسة جمع المعلومات المبدئية فى بدء تدريب المريض أن يراقب طقوسه بدقة . والتقارير الدقيقة عن تكرار السلوك الطقسى ومدته لها أهميتها لتقويم تقدم العلاج واظهار حقيقة التغيرات للمريض ، وفى بعض حالات تفيد المراقبة أيضاً كدور فعال فى العلاج . ويبدأ المرضى فى ادراك أن الطقوس لا تحدث فعلاً «طوال اليوم» ، وقد تؤدى عملية مراقبة الطقوس إلى تناقص عدد مرات تكرارها وزمن حدوثها . ويتضمن الشكل رقم ١ : ٥ نسخة من استمارة المراقبة .

الاسم : التاريخ

السلوك الطقسي (أ) السلوك الطقسي (ب)

من العمود الثاني من هذا الجدول ، صف النشاط أو الفكرة التي تستثير الطقس . وسجل في العمود الثالث مستوي القلق / عدم الراحية علي مقياس من (صفر – ١٠٠) . واكتب في العمود الربع عدد الدقائق التي تستغرقها للقيام بالطقس خلال الوقت الذي حددته في العمود الأول . حدد مشاعر القلق بالنسبة لكل واجب منزلي تكلف به ، خلال مرحلة تقدم العلاج .

الوقت من النهار	النشاط أو الفكرة التي تستثير الطقس (وصف مختصر)	درجة عدم الشعور بالراحة (من صفر – ١٠٠)	عدد الدقائق المستغرقة في الطقس	
			أ	ب
٦,٠٠ – ٦,٣٠ ص				
٦,٣٠ – ٧,٠٠ ص				
٧,٠٠ – ٧,٣٠ ص				
٧,٣٠ – ٨,٠٠ ص				
٨,٠٠ – ٨,٣٠ ص				
٨,٣٠ – ٩,٠٠ ص				
٩,٠٠ – ٩,٣٠ ص				
٩,٣٠ – ١٠,٠٠ ص				
١٠,٠٠ – ١٠,٣٠ ص				
١٠,٣٠ – ١١,٠٠ ص				
١١,٠٠ – ١١,٣٠ ص				
١١,٣٠ – ١٢,٠٠ م				
١٢,٠٠ – ١٢,٣٠ م				
١٢,٣٠ – ١,٠٠ م				
١,٠٠ – ١,٣٠ م				
١,٣٠ – ٢,٠٠ م				
٢,٠٠ – ٢,٣٠ م				
٢,٣٠ – ٣,٠٠ م				
٣,٠٠ – ٣,٣٠ م				
٣,٣٠ – ٤,٠٠ م				
٤,٠٠ – ٤,٣٠ م				
٤,٣٠ – ٥,٠٠ م				
٥,٠٠ – ٥,٣٠ م				
٥,٣٠ – ٦,٠٠ م				
٦,٠٠ – ٦,٣٠ م				
٦,٣٠ – ٧,٠٠ م				
٧,٠٠ – ٧,٣٠ م				
٧,٣٠ – ٨,٠٠ م				
٨,٠٠ – ٨,٣٠ م				
٨,٣٠ – ٩,٠٠ م				
٩,٠٠ – ٩,٣٠ م				
٩,٣٠ – ١٠,٠٠ م				
١٠,٠٠ – ١٠,٣٠ م				
١٠,٣٠ – ١١,٠٠ م				
١١,٠٠ – ٦,٠٠ ص				

شكل ١ : ٥ المراقبة الذاتية للطقوس

الخطوط العريضة للتعليمات التي توجه للمريض لمراقبة الذات هي الآتي :

«من المهم جداً لبرنامج العلاج أن يكون لدينا صورة دقيقة لمدى انغماسك فى التفكير الوسواسى والسلوك القهرى ، وتوفر صورة واضحة لنا عن مقدار الوقت الذى تستهلكه مشكلتك ؛ لأن هذا سيساعدك ويساعدنى على متابعة تقدمك وتعديل برنامج العلاج تبعاً لذلك . ولذلك ، خلال هذا الأسبوع وخلال جمعى للمعلومات لوضع برنامج العلاج . أود أن تسجلى الأعراض كل يوم . وليس من السهل كتابة تقرير دقيق عن مقدار انشغالك فى سلوكك الوسواسى القهرى ، ولذلك سنقضى بعض الوقت الآن وفى الجلسة التالية سنقوم باستعراض بعض قواعد طريقة تسجيل الأعراض . وفيما يلى بعض استمارات المراقبة لتسجلى فيها أفكارك وطقوسك .

وعلى المعالج أن يحدد الطقوس التى يجب أن يسجلها المريض ، وأن يراجع الإرشادات بدقة معه ، وأن يدربه على ملء الاستمارة بالعمل معه فى ملئها ، وباستخدام «نموذج يوم» فى حياة المريض . والقواعد التالية يمكن أن تفيد فى مراقبة الطقوس :

١ - راقب الساعة لملاحظة الوقت الذى تستهلكه فى طقوسك .

٢ - لا تخمن الوقت الذى تقضيه فى ممارسة الطقوس بل سجله بدقة .

٣ - سجل الوقت فى الحال فى استمارة المراقبة .

٤ - لا تؤجل التسجيل إلى نهاية اليوم أو بداية اليوم التالى .

٥ - صف فى جملة قصيرة الهدف من ممارسة الطقس .

وقبل بدء العلاج ، يجب أن يحدد المريض شخصاً معيناً (أحد الوالدين ، الزوج أو الزوجة ، صديق مقرب) يقوم بعمل الشخص المدعم أثناء برنامج العلاج المكثف . ويوجه المريض إلى الحصول على التدعيم من هذا الشخص أثناء التعرض ، ويطلب من الشخص المدعم أن يساعد فى مراقبة الامتثال لتعليمات منع الاستجابة . وإذا واجه المريض مشكلة فى مقاومة الدافع لممارسة الطقس ، يجب الاتصال بالشخص المدعم ليقدم العون . ولأن الشخص المدعم ، سيشترك فى العلاج ، يجب على المعالج أن يحدد وقتاً خلال فترة جمع المعلومات لوصف العلاج ، ومناقشة أساسه المنطقى مع الشخص المدعم .

ويجب على المعالج أن يبذل الجهد للتأكد أن المريض والمدعم قد توصلا إلى أسلوب يقدم به الشخص المدعم النقد البناء والملاحظات . وعند تقديم هذه الاقتراحات ، يجب على الشخص أن يكون حساساً لأى مشكلات تكون قد تولدت فى الماضى . فعلى سبيل المثال كان السيد «ب» ، الذى كان المصدر الأساسى للاطمئنان لزوجته كان ينتقدها بشدة ، عندما «ضبطها» تمارس طقس تكرار غسل الأيدى . ولمنع هذه الاستجابات من إعاقة العلاج ، قضى المعالج وقتاً مع الزوجين يناقشهما فى الاستجابات المناسبة ؛ لطلب الاطمئنان ووسائل مساعدة الزوج لزوجته فى إشرافه على منع الاستجابة ، دون أن يكون ناقدا .

ويجب على الشخص المدعم أن يكون على اتصال منتظم (مرتان أسبوعياً على الأقل) بالمعالج ؛ لكى يبلّغ بواجبات تعرض منزلية ، يجب على المريض أن ينجزها ، وأن ينقل إليه ملاحظاته عن سلوك المريض خارج جلسة العلاج . يضاف إلى هذا ، أنه يجب على الشخص المدعم ، بموافقة المريض ، أن يكون على اتصال بالمعالج إذا حدثت مخالفة كبيرة للعلاج (مثل : رفض أداء التكليفات المنزلية أو الانخراط فى السلوك الطقسى) .

الجلسة الثانية لجمع المعلومات

فى بداية الجلسة الثانية لجمع المعلومات ، يجب أن يخصص المعالج وقتاً لفحص نموذج الرقابة الذاتية للمريض ، وهذا يشمل فحص وصف المواقف التى تثبت السلوك الطقسى ، وتقديم ملاحظات بناءة عند اللزوم . ويجب أن ينبه المريض إلى استخدام جمل أو عبارات قصيرة فى وصف المواقف المثيرة ، ويجب على المعالج أن يقوّم دقة المريض فى تسجيل الوقت ، وأن يذكره بضرورة دقة التقييم .

وضع خطة العلاج

يخصص الجزء الأكبر من الجلسة الثانية لجمع معلومات مفصلة عن أعراض المريض ، ووضع برنامج لعلاجه بناء على ما تجمع من معلومات عن هذه الأعراض . وفيما يلى ارشادات لوضع خطة العلاج :

ارشادات لاختيار مواقف التعرض

- بنود للتعرض (وهى الاشياء أو المواقف أو الأفكار التى تثير عدم الارتياح، وتحث على ممارسة الطقس ، وتختار طبقاً للتقرير الذاتى عن

قدرتها على إثارة عدم الارتياح .

- ترتب هذه العناصر هرمياً طبقاً لمستويات اثارتها لمشاعرالضيق وتقدم بنظام تصاعدى ، بدءاً من نقطة المنتصف تقريباً ، بمعنى إذا كان البند الذى فى القمة يثير ١٠٠ نقطة من مشاعر الضيق (وهو ما يعادل أسوأ قلق يمكن للمريض تصوره) ، يقدم العنصر الذى يثير درجة قلق قدرها ٥٠ أو لا .

- يجب أن يتم التعرض للبند الأشد إزعاجاً فى جلسة لا تتجاوز الجلسة السادسة من جلسات العلاج .

- الجلسات من ٧ إلى ١٥ هى تكرار للجلسة السادسة ، مع تغيرات قليلة ، تركز على جوانب الموقف التى تثير أكثر درجات الشعور بعدم الراحة والقلق .

- إذا أغفلت بعض البنود سهوا ، يجب أن تضاف إلى الجلسات المتبقية .

- يمكن حذف التعرض لبند إذا لم يسبب مضايقة ، أو سبب الحد الأدنى من المضايقة فى يومين متتاليين .

إرشادات للتعرض التخيلى

- تعد مسبقاً عدة مشاهد لمثيرات قلق فى هيراركية . ويخلق كل مشهد صورة تخيلية حية للمريض ، مع عرض مثيرات قلق أشد ونتائج مخيفة فى الصور الأخيرة . وعموماً كلما زادت تفاصيل هذه الصور ، كلما زادت فاعليتها فى تحقيق النتائج المرجوة . ويجب التأكيد أيضاً على وضع أوصاف المواقف الخارجية والأفكار والصور والاستجابات الفسيولوجية فى المشهد المخيف ، وفيما يلى مثال ووصف مختصر لمشهد تعرض تخيلى :

«أريدك أن تتخيلى المنظر التالى بصورة حية بقدر الإمكان ، كما لو كان يحدث فعلاً ، وأن تعانى المشاعرِ التى تتخيلينها . أريدك أن تتخيلى أنك جالسة هنا على الكرسى وأننى معك . ويفتح الباب وتدخل والدتك الحجرة وتحييك فى ود «قائلة لقد مضى وقت طويل» ، وتقترب منك تريد أن تعانقك . وتندهش والدتك أنك سمحتى لها بمعانقتك وتقول «لقد سمح لى اخيرا أن اعانق ابنتى» . عندئذ تشعرين بالتلوث ينتشر فى جسدك ، وتشعرين بيديها على ظهرك . ويبدأ الشعور

ينتابك أن التلوث لن يزول أبداً ، وأن الاغتسال لن يمحوه . وتشعرين بالرغبة أن ترحل والدتك ؛ لكى تستطيعى أن تأخذى حماماً لتستردى شعورك بالنظافة ، ولكن لسانك يعجز عن الكلام فتتركينها تمسك بيدك وتعانقك . وتعجزين عن الحركة ويغمرك الشعور بالتلوث ، وتقف والدتك إلى جوارك ممسكة بيدك ويزداد شعورك بالتلوث . وتشعرين بالرغبة أن ترفع يدها عنك ، وتتوجه هى اليك بالسؤال «هل تخافين منى؟» ، وترغبين أن توضحى لها مقدار خوفك منها ، ولكن لسانك ينعقد . وتتركينها تمسك بيدك وتعانقك وتسمحين لها بالجلوس بجوارك ملاصقة لك تماما وهى مستمرة فى تلويثك وتشعرين بالتلوث فى كل جسمك . وتتمنين لو استطعت أن تصرخى وتفرى هاربة ولا تتصلى بها أبدا ، ولكنك تظلى جالسة بجوارها والتلوث يزداد . وتشعرين أنك لا يمكن أن تعودى نظيفة ، ويزداد يقينك أن والدتك تلوثك وتشعرين بالتلوث يزحف على ذراعيك وعلى وجهك ويغطى كل جسمك . وتحاولى أن تلصقى يديك بجسمك ؛ لكى تنقذى الاجزاء المتبقية من التلوث ، ولكن التلوث لا يترك أى جزء من جسدك . ووالدتك لا تزال إلى جوارك تنقل إليك التلوث ، وهى تتكلم إليك ولكنك لا تسمعينها لأنك فى أقصى درجات القلق ، وقلبك يدق بشدة . وتشعرين أنك على وشك الإغماء ، ولكن شيئاً ما يرغمك على البقاء بجوارها والإنصات اليها . وترغبين أن تهربى إلى الغرفة المجاورة ، ولكن تدركين أنك مضطرة لمواجهة حقيقة أنك لا تستطيعى أن تهربى من والدتك وتشعرين أنك وقعتى فى فخ ؛ فهى لن ترحل وستستمر فى تلويثك ، وأنك فقدتى حريتك . ويتولد لديك الدافع أن تتركى الحجرة ، وأن تنسى كل ما يتعلق بوالدتك ، ولكن لمسة يديها مازالت باقية على جسمك . «ما شعورك الآن؟» .

وصف الواجبات المنزلية

فى نهاية الجلسة الثانية لجمع المعلومات ، يجب على المعالج أن يصف الواجبات المنزلية التى سيتضمنها برنامج العلاج . وتتطلب الواجبات المنزلية ساعتين إلى ثلاث ، بالإضافة إلى جلسة العلاج التى تستغرق ساعتين . وتتكون الواجبات المنزلية من تدريبات ، تعرض إضافية ، يؤديها المريض بين جلسات العلاج فى منزله أو فى أى مكان آخر (مثال ذلك فى المتاجر أو الأسواق أو فى منازل الأقارب) . ويوصى أن يراقب المريض مستوى استثاره الضيق لديه كل (١٠) دقائق أثناء التعرض المنزلى . وفى بعض الحالات ، يستحيل على المريض أن يستمر فى التعرض لمدة (٤٥ إلى ٦٠) دقيقة . وفى هذه الحالة ، يجب أن

يتعاون المعالج مع المريض ؛ لوضع خطة تتيح إطالة مدة التعرض . فعلى سبيل المثال ، بدلاً من أن يطلب من المريض أن يقضى ٤٥ دقيقة جالساً فى دورة مياه مطعم عام ، كمصدر للتلوث ، يمكنه أن يقترح على المريض أن يلوث منديلاً بمسح قاعدة المرحاض ، وأن يحمله فى جيبه .

مــدة العـــلاج

يتكون برنامج العلاج فى مركزنا من ١٥ جلسة علاج - مدة كل منها ساعتين - وتجرى يوميّاً لمدة ثلاثة أسابيع . وتدل الملاحظات الإكلينيكية أن الجلسات المكثفة تعطى نتائج أفضل من الجلسات المتباعدة ، ولذلك يوصى بإجراء ثلاث جلسات أسبوعيّاً على الأقل . وتبدأ كل جلسة بمناقشة لمدة (١٠ إلى ١٥) دقيقة عن الواجبات المنزلية ، وملاحظة ممارسة الطقس فى اليوم السابق . وتقسم الـــ ٩٠ دقيقة التالية إلى (٤٥) دقيقة تعرض تخيلى ، و (٤٥) دقيقة تعرض واقعى . وتتم فى الـــ ١٥ دقيقة الأخيرة مناقشة الواجبات المنزلية لليوم التالى ، ويمكن تعديل هذه الخطة عند اللزوم . فعلى سبيل المثال ، إذا كان التعرض الواقعى يستلزم أن ينتقل المعالج مع المريض إلى مجمع تجارى لتلويث ملابس الأطفال ، فيجب أن تخصص الجلسة كلها لهذا النشاط . ويواجه بعض المرضى صعوبة انفعالية فى الانخراط فى التعرض التخيلى ومعايشته (أى تعجز التخيلات عن إثارة كربهم) ، وفى هذه الحالة يجب أن يركز العلاج بصفة كلية على التدريبات الواقعية .

ويوصى فى بداية الجلسة أن يناقش المعالج خطة الجلسة مع المريض ، وأثناء التعرض التخيلى بجلوس المريض فى كرسى مريح ، وتوجه إليه التعليمات التالية :

«اليوم ستتخيل (صف المشهد) . وسأطلب منك أن تغلق عينيك ؛ لكى لا يتشتت تفكيرك . وحاول أن تتصور المشهد كاملاً وحيّاً بقدر الإمكان ، وليس كما لو كنت تستمع إلى قصة ، بل أنك تمر فعلا بالتجربة هنا والآن . وكل بضع دقائق سأطلب منك أن تقدر مستوى القلق لديك على مقياس من (صفر إلى ١٠٠) ، وأرجو أن تجيب فى الحال وحاول إلا تضيع منك الصورة المتخيلة .

وجلسات التعرض التخيلى مسجلة صوتيا ، ويطلب من المريض أن يعيد التعرض بالاستماع إلى شريط التسجيل كجزء من الواجبات المنزلية .

وتختلف المواقف التى يتضمنها التعرض الواقعى بدرجة كبيرة من مريض إلى آخر (خاصة بالنسبة للمرضى الذين يراجعون كل ما يصدر عنهم وحولهم من أنشطة) ، وفيما يلى بعض أمثلة للإرشادات ، التى يمكن أن توجه للمريض أثناء تدريبات التعرض الواقعى :

للمرضى بتكرار الاغتسال

«اليوم ، سنقوم بلمس (حدد الشىء أو الأشياء) ، ومعنى هذا أننى سأطلب منك أن تلمسيه بيدك كاملة ، وليس بالأصابع فقط ثم ستلمسى بها وجهك وشعرك وملابسك ؛ لكى تشعرى أن التلوث قد عم جميع أجزاء جسمك . ثم سأطلب منك أن تجلسى وتمسكى بهذا الشىء ، وتكررى لمس وجهك وشعرك وملابسك بقية الجلسة . أعرف أنه من المحتمل أن يسبب لك هذا الارتباك ، ولكن تذكرى أن القلق سينخفض فى النهاية . ثم أريدك أن تنتقلى إلى خطوة أخرى بأن تسمحى لنفسك أن تشعرى بالقلق بشأن الضرر الذى تخشين حدوثه – المرض مثلاً – لأنه لن يسمح لك بالاغتسال بعد هذا التعرض . وآسف أن هذا العلاج لابد أن يكون صعباً ، وأن يسبب كل هذه المضايقات ، ولكنى متأكد أنك تستطيعين القيام به ، وستجدينه أسهل بمرور الوقت . حسنا ، هذا هو الشىء ، تقدمى والمسيه .

وهنا يقدم المعالج الشىء المقصود للمريض ليمسك به (أو يطلب منه/منها أن يلمسه) ، ثم يطلب من المريض أن يلمس وجهه وشعره وملابسه بهذا الشىء أو بيديه الملوثتين وكل (١٠ دقائق) عليه أن يسأل المريض «ما مستوى القلق أو عدم الارتياح – حدد درجة من (صفر إلى ١٠٠) الآن ، وأنت تركز على الشىء الذى تلمسه» الآن على الفور [ويمكن إنهاء ذلك بسؤال «ما هى مشاعر الضيق لديك؟» ما أن يفهم المريض السؤال .

للمرضى بمراجعة أداء الشىء للتأكد

«الآن ، أريدك أن (على سبيل المثال – أن تكتب شيكات لدفع فواتير الشهر ، دون أن تعيد النظر إليها عند الانتهاء منها ، وعليك فقط أن تضعها فى مظاريف الخطابات وسنرسلها دون أن تراجعها إطلاقاً) . ثم سنخرج (وعلى سبيل المثال ، تقود السيارة فى طريق ملىء بالحفر ، دون أن تنظر فى المرآة العاكسة لترى ما يحدث خلفك) . وأثناء هذا أريدك أن تقلق بشأن الضرر الذى يمكن أن يحدث ؛ لأنك لم تراجع ما فعلته ، ولكن لا تدع التفكير يعوق أداء هذه الأنشطة فعلاً .

ويجب أن ينبه المرضى إلى الإرشادات المحددة لمنع الاستجابة فى اليوم الأول من العلاج ، وعلى فترات أثناء العلاج ، وقد وجدنا أن إعطاء نسخة مكتوبة من القواعد لمنع الاستجابة الموضحة فى شكل ٢ : ٥ يساعد المرضى على فهم القواعد وتذكرها . وإذا كانت القواعد لا تغطى أنواع الطقوس تغطية كاملة ، يجب على المعالج أن يزود المرضى بمجموعة مكتوبة من الإرشادات معدلة تناسب الاحتياج .

قواعد منع الاستجابة للمغتسلين كالآتى :

لا يسمح للمرضى خلال العلاج المكثف باستخدام الماء على اجسامهم ، بمعنى لا غسيل للأيدى ، لا شطف ، ولا فوط مبللة أو غيرها . ويسمح باستخدام كل من الكريمات وبقية أدوات التجميل (مساحيق التنظيف ومزيلات الرائحة وغيرها) ، ما لم يكن استخدام هذه الاشياء يقلل من التلوث . ويمكن حلاقة الذقن باستخدام ماكينة حلاقة كهربائية . ويمكن شرب الماء أو استخدامه فى غسيل الأسنان مع العناية بعدم وصوله إلى الوجه أو اليدين . وملاحظة أن لا يستغرق الاستحمام أكثر من عشرة دقائق مرة كل ثلاثة أيام . ويمنع المغتسلين الذين يمارسون طقوس اغتسال لأجزاء معينة من أجسامهم (المناطق التناسلية أو الشعر) من ذلك . وعلى المريض أن يتلوث من جديد بعد الاستحمام .

ويتم الاشراف على منع الاستجابة فى المنزل بواسطة اقارب أو اصدقاء سبق تحديدهم وحصلوا على تعليمات من المعالج لأن يكونوا متاحين للمريض الذى يعانى صعوبة فى التحكم فى الالحاح القوى للاغتسال . وعلى المريض أن يخبر الشخص المدعم له بأى انشغالات تكدره ، ويظل المدعم مع المريض إلى أن يتناقص الالحاح إلى مستوى يمكن التحكم فيه . ويتعين اطلاع المعالج على الملاحظات المتعلقة بمخالفات تعليمات منع الاستجابة . وعلى الشخص المدعم أن يحاول منع هذه المخالفات باستخدام تعبيرات لفظية حاسمة ، دون استخدام القوة البدنية ، كما يجب تجنب المجادلة . وعلى الشخص المدعم اغلاق الصنابير إذا وافق المريض مقدما على هذه الخطة . ويحدد الشخص المدعم الوقت اللازم للاستحمام دون أن تجرى ملاحظة مباشرة لسلوك الاستحمام ويمكن السماح باستثناءات فى ظروف غير معتادة (مثال ذلك الظروف الطبية التى تتطلب نظافة ضرورية) ولكن يتعين القيام بكل الجهد لتأكيد أن الاغتسال يخدم النظافة فقط لا «منع التلوث» . وقد وجدنا أنه إذا ما كان من الضرورى للمرضى أن يستحموا ،

فمن المهم جعلهم يعيدون تلويث انفسهم على الفور بعد الاستحمام .

قواعد منع الاستجابة لمتكررى المراجعة

بدءا من الجلسة الأولى للتعرض ومنع الاستجابة ، يتعين عدم انخراط المريض فى سلوك طقسى ، ويسمح له فقط بالمراجعة العادية (مثال ذلك مراجعة واحدة لاغلاق الباب) ويمنع من مراجعة الاشياء التى لا تراجع فى المعتاد .

وتمارس تدريبات منع الاستجابة فى المنزل تحت اشراف اقارب أو اصدقاء سبق للمعالج تحديدهم ممن حصلوا على تعليمات لأن يكونوا متواجدين لمساعدة المريض . ويتعين أن يكون الاشخاص الداعمين متاحين عند طلب المريض عندما تكون مقاومة سلوك المراجعة صعبة . وعليهم أن يبقوا مع المريض إلى أن ينخفض الالحاح إلى مستوى يمكن التحكم فيه . ومرة آخرى يتعين عدم استخدام القوة البدنية ، مع ابلاغ المعالج لأى خرق للقواعد .

شكل ٢ : ٥ الخطوط العريضة لمنع الاستجابة للمغتسلين والمراجعين

وخلال الجلسات القليلة الأخيرة من العلاج ، يجب أن يعرف المريض بقواعد الاغتسال أو التنظيف أو المراجعة السوية ويعرض شكل ٣ : ٥ الخطوط العريضة لمثل هذه الاشكال السلوكية السوية . ويجب أن تتسم متطلبات منع الاستجابة بالهدوء والصبر ؛ لتمكن المريض أن يعود لما يعد روتيناً سوياً . وبالنسبة لمرضى الاغتسال المتكرر ، يجب أن تشمل الإرشادات دشاً يومياً لمدة (١٠) دقائق وغسل الأيدى فقط ، بعد التعامل مع شيء قذر . ومن الأساسى ، أن يتبع أى اغتسال التعرض للتلوث مباشرة ، كما قد يرغب المعالج فى الاستمرار فى بعض القيود ؛ خاصة إذا كانت الدوافع للاغتسال لا تزال قوية . على سبيل المثال ، قد يطلب من المرضى الذين يتركز وسواسهم على جراثيم الحمام الامتناع عن الاغتسال ، بعد استخدام الحمام لعدة شهور بعد إتمام العلاج المكثف .

الاغتسال

لا تتعدي فترة استحمامك يوميا عشر دقائق .

لا تغسل يديك أكثر من خمس مرات في اليوم ،

علي أن لا تستغرق في غسلها أكثر من ثلاثين ثانية .

أغسل يديك فقط عندما تكونا قذرتين أو لزجتين .

استمر في تعريض نفسك عمدا ، اسبوعيا ، لأشياء أو مواقف تقلقك .

إذا كانت هناك مواقف أو أشياء تقلقك فعرض نفسك لها مرتين أسبوعيا .

لا تتجنب المواقف التي تثتثير عدم الراحة .

عندما تكتشف أن لديك ميلا لتجنب موقف ما ،

واجهه متعمدا مرتين اسبوعيا علي الأقل .

لا تراجع أي شئ أو موقف يثتثير الحاح المراجعة أكثر من مرة .

لا تراجع ولو مرة واحدة في المواقف التي نصحك

معالجك بعدم مراجعتها

لا تتجنب المواقف التي تثتثير الحاحا للمراجعة ،

وإذا اكتشفت ميلا للتجنب واجه هذه المواقف عمدا

مرتين اسبوعيا ومارس التحكم فيها بالامتناع عن المراجعة .

لا تلقي بالمسئولية علي الاصدقاء أو أفراد العائلة لكي تتجنب المراجعة

شكل ٣ : ٥ الخطوط العريضة للسلوك السوى

وتسير الجلسة الأخيرة للعلاج على نظام الجلسات السابقة ذاته ، باستثناء عدم إعطاء تعليمات بتعرض محدد ومنع الاستجابة كواجبات منزلية . وبدلاً منها، ينبغى على المعالج أن يوجه المريض إلى نظام للحفاظ على مبدأ الاستمرار فى التعرض الذاتى ؛ لضمان الاتصال من وقت لآخر مع المواقف السابق تجنبها ، ولمنع العودة إلى أنماط التجنب السابقة . على سبيل المثال ، يستطيع المعالج أن يقترح على المريض ، الذى يعانى من خوف وسواسى من جراثيم «اللوكيميا» أن

يندمج بطريقة روتينية فى أنشطة ، كان يتجنبها سابقاً ، مثل : لمس مقابض الأبواب واستخدام مناطق الانتظار ودورات المياه العمومية ، أو تناول الطعام فى مطاعم وما شابهها . كما نستطيع أن نطلب منه أن يزور حجرة الانتظار فى مستشفى للأورام أسبوعيا أولاً ، ثم مرة كل أسبوعين إلى أن يصل قلقه إلى الحد الأدنى ، وتصبح الاندفاعات للاغتسال تحت السيطرة .

الزيارة بالمنزل

من المهم التأكيد على أن مكاسب المريض من العلاج قد انسحبت على بيئة المنزل . وعادة تفيد الواجبات المنزلية فى تحقيق هذا ، ولكننا وجدنا فائدة كبيرة فى زيارة المعالج للمريض فى منزله ، خاصة فى حالات عدم استطاعة المريض العودة لمنزله يومياً خلال فترة العلاج المكثف (مثل المرضى من الريف أو المقيمين بالمستشفى) . والزيارة بالمنزل تتيح للمعالج والمريض فرصة أن يناقشا معاً إرشادات «السلوك السوى» ، ويجب على المعالج أن يناقش خطة هذه الزيارة مع المريض وأسرته قبل انتهاء العلاج .

وتتكون الزيارة بالمنزل عادة من جلسات لمدة أربع ساعات للجلسة يوماً بعد الآخر ، عند نهاية برنامج العلاج . ويستغل الجزء الأكبر من هذه الجلسات فى إجراء تعرض إضافى لمثيرات الوسواس فى أرجاء منزل المريض أو محل عمله . فعلى سبيل المثال ، قد يرافق المعالج المريض فى تلويثه للأشياء فى المنزل أو فى المجمع التجارى . وبالمثل : يمكن أن يطلب من المريض أن يفتح أو يغلق موقد البوتاجاز ، دون مراجعة ، وأن يغادر المنزل مع المعالج . ويعبر معظم المرضى خاصة الذين يستطيعون العودة إلى منازلهم أثناء العلاج عن متاعب قليلة ، عند إجراء هذه التعرضات لأنها تمثل تكراراً للواجبات المنزلية . وفى بعض الحالات ، يكتشف المعالج بعض مناطق لم يقم المريض بتلويثها أو بعض أماكن بالمنزل لازالت تسبب الشعور بالكرب ، على الرغم من التعرض السابق لها . وتركز الزيارة بالمنزل على التعرض لمواقف أو أشياء لا تزال مصدراً للمشاكل .

فترة المحافظة على مكاسب العلاج

بالإضافة إلى التوصية بالاستمرار فى مهام التعرض الذاتى لمساعدة المريض فى الحفاظ على مكاسب العلاج ، قد يرغب المعالج أن يضع جدولاً لجلسات المحافظة على مكاسب العلاج ، ويمكن أن تستخدم هذه الجلسات فى

وضع خطة لمزيد من التعرض ، وتكرار الإرشادات للسلوك السوى والاهتمام بقضايا تنشأ مع توافق المريض بدون اضطراب وساوس قهرية .

وهناك بعض الأدلة عن استفادة المرضى من الاتصال المستمر مع المعالج بعد جلسات العلاج المكثف . وفى إحدى الدراسات ، ظهر أن الجلسات العلاجية المدعمة لمدة ١٢ أسبوع (ودون تدريبات تعرض) قد قللت عدد الانتكاسات ، لدى عينة مرضى الوسواس القهرى ، عولجت لمدة ثلاثة أسابيع بالتعرض ومنع الاستجابة (Foa et al., 1992) . وكذلك أسفرت نتائج دراسة (Hiss, Foa, & Kozak, 1992) عن أن العلاج المكثف الذى أعقبه علاج سلوكى معرفى لمدة أسبوع ، ثم أعقبه ثمانية اتصالات تليفونية (لمدة عشرة دقائق) ، أعطى نتائج طويلة المدى أفضل من العلاج المكثف الذى أعقبه علاج أسبوع بالتداعى الحر .

مكان العلاج

يفضل بقاء المرضى فى بيئتهم العادية أثناء العلاج المكثف ، وهذا مهم بصفة خاصة للمرضى الذين تتمثل رموز مخاوفهم فى مثيرات بيئة المنزل . والمستشفى قد يكون مكاناً صناعياً حمائياً؛ خاصة لمرضى المراجعة للتأكد من الذين قد يشعرون بعدم المسئولية تجاه ما يحيط بهم ، وبذلك لا يعانون اندفاعاتهم المعتادة للمراجعة . وإذا كان المرضى يعيشون فى مكان ناءٍ لا يناسب الانتقال يومياً للجلسات العلاجية ، نوصى بأن يستأجروا مسكنا أو حجرة بفندق قريب من العيادة . وإذا لم يتيسر هذا يجب مناقشة الإقامة بالمستشفى . ويوصى بالإقامة بالمستشفى بالنسبة للمرضى المعرضين للانتحار أو الانهيار الذهانى ، والذين يحتاجون لمتابعة دقيقة ، ولكن ينقصهم نظام تدعيم كاف لمساعدتهم أثناء العلاج.

وإذا كان المريض موظفاً ، وترتبط أعراض الوسواس القهرى بعمله ، يجب أن يشجع المريض على الاستمرار فى العمل ؛ لكى يمكن إدماج التعرضات المناسبة فى العلاج . إلا أنه ، حيث إن العلاج يتطلب من خمس إلى ست ساعات فى اليوم ، فقد يضطر المريض أن يعمل نصف الوقت أثناء العلاج المكثف .

وفى الحالات التى لا ترتبط فيها الأعراض بالعمل قد يقرر المريض أن يواصل العمل أثناء العلاج المكثف . وبسبب طبيعة العلاج المستهلكة للوقت ، كثيراً ما نقترح على المريض أن يأخذ أجازة من العمل . ولا يتيسر للمريض أن يأخذ ثلاثة أسابيع كاملة أجازة من العمل ؛ ولذلك يجب على المعالج أن يقترح على

المريض أن يعمل نصف وقت أو أن يأخذ اجازة من العمل خلال الاسبوعين الأول والثانى من برنامج العلاج .

متغيرات المعالج

يثير العلاج المكثف مع التعرض للمواقف المخيفة ، ومنع الاستجابة للسلوك الطقسى توترا شديدا للمرضى . واستعدادهم للتعرض لهذا التعذيب يشهد بقوة الدافع لديهم ؛ للتخلص من أعراض الوسواس القهرى . ويتطلب نظام العلاج المكثف أن يحافظ المعالج على توازن دقيق بين الضغط على المريض للامتثال للعلاج ، والتعاطف مع ما يشعر به من كرب . وتشير الملاحظات الإكلينيكية ونتائج الدراسة التى قام بها راباڤيلاس وبولوجوريس وبيريزاسكى Rabavilas, Boulougouris and Perissak (1979) أن المعالج الذى يتصف بالاحترام والفهم والتشجيع والوضوح وروح التحدى ، من المرجح أن يصل إلى نتائج أفضل من المعالج المتسامح المستاهل .

وأثناء العلاج ، يتراوح سلوك المريض بين التعاون الشديد والتجاوب والاستعداد للاشتراك فى التعرض ، وبين العناد الأعمى ورفض اتباع إرشادات المعالج . وقد يتفاوت موقف المريض نفسه ، تبعاً لنوع التعرض أثناء جلسة معينة . والقيام بالعلاج السلوكى لاضطراب الوسواس القهرى هو – إلى حد كبير – فن يتضمن متى يلجأ المعالج للضغط ، ومتى يستخدم المواجهة ، ومتى يكون مرناً . ومثل هذه القرارات تتطلب أن يلاحظ المعالج بدقة استجابة المريض ، وأن يتخذ القرار بناء على خبرته . وبقدر الإمكان ، يجب على المعالج أن يتخذ أسلوباً يقلل قسوة برنامج العلاج ، مع الالتزام فى الوقت نفسه بقواعد العلاج التى وضعت فى بداية البرنامج .

متغيرات المريض

العامل الأول الذى يؤثر فى قدرة المريض على الاستفادة من العلاج السلوكى المكثف ، هو مستوى الدافع لديه . ولأن التعرض ومنع الاستجابة يسبب قدراً كبيراً من الكرب ، يجب أن يكون دافع المرضى عالياً لكى يمتثلوا للعلاج . وكثيراً ما يرتبط مستوى الدافع بشدة أعراض المرض لدى المريض ، وعندما تكون الأعراض لا تحتمل ، فغالبا ما يحتمل المريض المضايقات لفترة قصيرة ، نظير تخلصه من الأعراض فى نهاية المطاف .

وأحياناً ، يكون دخول المريض برنامج العلاج بناءً على ضغط من عائلته ؛ فيوافق على العلاج فقط لكى يرضى شريك حياته أو والديه . وهؤلاء لا يلتزمون عادة بارشادات المعالج بصرامة ، ولذلك لا يحصلون على مكاسب من العلاج .

ومن المهم أن يوضح المعالج للمريض بجلاء أن العلاج لمدة شهر - ولو كان مكثفاً - ليس محتملاً أن يزيل كل أعراض الوسواس القهرى . والأجدر أن يتوقع المريض أن يتناقص قلقه واندفاعه لممارسة الطقس ، ويصبح أكثر قدرة على السيطرة عليه ؛ فتوقع التخلص من الأعراض فى نهاية العلاج قد يؤدى إلى خيبة الأمل ، ويمكن أن يسبب الانتكاس لأن المحافظة على مكاسب العلاج تتطلب عادة مواصلة الجهد عقب العلاج المكثف .

ومن المهم أيضاً أن نوضح للمرضى أن التعرض ومنع الاستجابة ليست علاجاً سحرياً لكل مشاكلهم النفسية والشخصية ، فهذا العلاج يهدف بالتحديد تخفيض الوساوس والدافع لممارسة الطقس لدى المريض ومن المحتمل أن تبقى المشكلات الموجودة قبل العلاج (مثل الخلافات الزوجية أو الاكتئاب) ، إلا أنها قد تخف إلى حد ما بعد العلاج .

وكما سبق أن ذكرنا ، قد لا يستفيد المرضى المصابين بالاكتئاب الشديد أو الاعتقاد الراسخ بحقيقة الخوف الوسواسى من العلاج السلوكى للوسواس القهرى . وقد تم تحديد عامل آخر يمثل عائقاً قوياً للعلاج السلوكى والدوائى للوسواس القهرى، هو تزامنه مع أعراض اضطراب الشخصية الفصامية [1] (Jenike, Baer, Minchiello, Schwartz, & Carey, 1986; minchiello, Baer & Jenike, 1987) . ومع أنه قد أثيرت تساؤلات عن الطريقة المستخدمة لتشخيص النمط الفصامى (انظر : Stanley, Turner, & Borden, 1990) ، يجب على المعالج أن ينتبه إلى احتمال ضعف الاستجابة للعلاج من الوسواس القهرى من جانب مرضى الفصام .

دراسة حالة

نعرض فى هذا القسم عملية جمع المعلومات المتعلقة بالعلاج ، وتخطيط برنامج العلاج وإجراء جلسات التعرض .

---

(1) Schizotypal personality disorder

و صف الحالة

«چين» سيدة فى السادسة والعشرين ، متزوجة ، حصلت أخيرا على بكالوريوس التمريض ، وقد سعت للعلاج من مشكلة الاغتسال والتنظيف الزائد عن الحد . وكانت مستثارة للغاية فى أول مقابلة ، وأوضحت أنها تبكى بكاءً مرا طوال الستة أسابيع الماضية . وقد جاءت فى صحبة زوجها ، الذى تزوجته من ستة شهور وشقيقة زوجها التى تعتبرها صديقة مخلصة ، وقد ثبت عدم جدوى علاجها السابق بإزالة الحساسية بالتدريج وبمضادات الاكتئاب والمهدئات ، وإعادة التشكيل المعرفى ، وقد فشلت «چين» فى الحصول على وظيفة كممرضة بسبب أعراض مرضها .

وقد جُمعت هذه المعلومات فى تقوّيم جين المبدئى ؛ للمشاركة فى العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة . وبعد التأكد من عدم إصابتها بالذهان وعدم إدمانها للمخدرات والكحوليات وعدم إصابتها بمرض عضوى ، حدد المعالج لجين .

جمع المعلومات

الاعراض الحالية

أولاً ، طلب المعالج من المريضة معلومات عن المحتوى الوسواسى ، بما فى ذلك رموز المخاوف الداخلية والخارجية ، واعتقادها بشأن النتائج ومعلوماتها عن أنماط التجنب السلبى ، وأنواع الطقوس . ولأن الطقوس هى الأعراض الملموسة (المجسمة) ، فمن الأنسب غالباً البدء بالسؤال عن هذا السلوك .

المعالج : عرفت من الدكتور «ف» أنك تعانين كثيراً من تكرار الاغتسال والتنظيف . هل تستطيعين توضيح المشكلة لى أكثر ؟

المريضة : يبدو أننى فقدت السيطرة عليها نهائيّاً الآن ، فإننى أكرر الاغتسال كثيراً ، واستغرق وقتاً طويلاً فى الاستحمام ، زوجى حزين من أجلى. ويحاول هو وشقيقته مساعدتى ، ولكنى لا أستطيع أن أمتنع . وأصبحت حزينة دائماً وأبكى باستمرار (تكاد تبكى فى لحظتها) ، ولا شىء يفيد .

المعالج : أرى أنك مضطربة الآن أيضاً . حاولى ، من فضلك ، أن تشرحى لى حال الاغتسال فى الأيام القليلة الماضية ؛ لكى أفهم الحالة . ما مقدار الاغتسال الذى تقومين به ؟

المريضة : تجاوز الحد جداً والاستحمام يستهلك كل الماء الساخن ، واضطر لغسيل يدى طوال الوقت ، ولا أشعر بالنظافة الكافية أبداً .

المعالـج : حددى لى الوقت الذى يستغرقه الحمام . كم دقيقة أو كم ساعة ؟

المريضة : حوالى ٤٥ دقيقة ، وأحاول أن أنتهى بسرعة ، وأحيانا أطلب من زوجى أن يمنعنى .

المعالـج : وكم مرة تستحمين ؟

المريضة : عادة مرتين ، مرة فى الصباح ومرة قبل النوم ، ولكن أحياناً أضطرب بسبب شيء ما ، فآخذ حماماً آخر .

المعالــج : وغسيل الأيدى ، كم يستغرق من الوقت ؟

المريضة : تقصد كم مرة أغسل يدى ؟

المعالـج : أقصد الوقت الذى يستغرقه كل مرة وعدد المرات فى اليوم ؟

المريضة : قد يصل إلى ٢٠ مرة فى اليوم . وربما أستغرق خمس دقائق فى كل مرة ، وقد يكون أكثر ، ودائماً أشعر أنها لم تنظف ، ويخيل لى أننى لمست الحوض بعد الاغتسال ، وأعتقد أنها اتسخت من جديد .

بذلك يكون المعالج قد حصل على معلومات أساسية عن أبرز الطقوس ، وقد استمر فى الأسئلة لمعرفة إذا ما كان هناك دلائل عن وجود أفعال قهرية أخرى أم لا .

المعالــج : هل تعملين أى شيء آخر لكى تشعرى بالنظافة ؟

المريضة : نعم ، استخدم الكحول للتطهير فمثلا أمسح مقعد السيارة بالكحول قبل الجلوس عليه .

المعالــج : هل تمسحين نفسك بالكحول ؟

المريضة : لا ، فقط الأشياء التى أعتقد أنها قذرة .

المعالــج : هل تستطيعين أن تحددى مقدار ممارستك لهذا ؟

المريضة : إنى استخدم حوالى زجاجة كحول فى الأسبوع .

وهنا ، كان أمام المعالج أن يختار بين أن يسأل المريضة عن الأشياء التى

تنظفها ، أو أن يسأل عن طقوس أخرى تمارسها . وقد اختار المعالج أن يسأل عن التصرفات الطقسية ، ثم يرجع إلى موضوع التلوث عند انتهاء الأسئلة .

المعالــج : هل تتذكرين أى أشياء أخرى تفعلينها لتنظيف نفسك أو الأشياء القذرة حولك ؟

المريضة : هذا هو كل ما أتذكره الآن .

المعالــج : هل هناك اشياء اخرى مما نسميه دفعات قهرية أخرى ؟ هل تضطرين لمراجعة أداء الأشياء أو تكرارها ؟

المريضـة : لا ، باستثناء الاغتسال عندما أشعر أننى لست نظيفة بدرجة كافية ، عندئذ اغتسل مرة أخرى .

المعالــج : أليس هناك تصرفات تكرارية أخرى بالإضافة للاغتسال ؟

المريضة : لا .

حيث إن هذه المريضة لم تظهر لديها أنواع متعددة من السلوك الطقسى ، انتقل المعالج إلى المحتوى الوسواسى . وعادة نبدأ بالرموز (المؤشرات) الخارجية .

المعالــج : ما الأشياء التى تشعرك بالحاجة للاغتسال ؟ على سبيل المثال ، لماذا تمسحين مقعد السيارة بالكحول ؟

المريضـة : ربما لأننى أظن أنه قد تلوث بمخلفات كلب ، عند دخولى ، أو عند استخدام زوجى له .

المعالــج : أو من الحذاء ؟

المريضـة : نعم ويشغلنى أيضاً أن يلمس طرف الفستان المقعد أو الحذاء حتى أثناء صعودى درج المبنى .

المعالج : فستان مثل هذا ؟ (كانت المريضة ترتدى رداءً يصل إلى تحت الركبة بقليل ، واحتمال أن يملس الأرض أو كعب الحذاء يكاد يكون معدوماً) .

المريضة : نعم .

المعالــج : هل سبق أن اتسخ ردائك بمخلفات كلب ؟

المريضة : لا أظن ، ولكن فى عقلى اعتقد أن هذا ممكن أن يكون قد حدث ، وأظن أن هذا من الصعب أن يحدث ، أليس كذلك ؟

والتفكير فى احتمال حدوث أشياء مستبعد حدوثها أمر شائع فى مرض الوسواس القهرى ، وقد يكون هذا نتيجة للقلق الزائد . والتأكيد للمريضة أن ردائها غير محتمل أن يتلوث بملامسة الحذاء يتعارض مع العلاج ؛ حيث إنه يكشف عن مخاوف عصابية . ولذلك انتقل المعالج لمزيد من الأسئلة عن المكون الوسواسى .

المعالج : هل مخلفات الكلب هى أكثر ما يزعجك ؟

المريضة : محتمل . نعم ، أعتقد هذا ، ولكن جراثيم الحمامات لا تقل عنها سوءاً .

المعالــج : أى نوع من الجراثيم ؟

المريضة : من المرحاض . أنت تعلم ، عند استخدام الحمام .

المعالــج : البول والبراز ؟

المريضة : نعم ، والبول لا يشغلنى أمره مثل الآخر .

المعـــالج : لماذا ؟

المريضة : لأننى تعلمت فى مدرسة التمريض أنه معقم تقريباً . لقد عانيت كثيرا فى دراسة علم الميكروبات ؛ لأنه كان يقلقنى دراسة البكتيريا والكائنات الدقيقة ؛ فإنها تجعلنى أحس أنها موجودة فى كل مكان ، وهى خطيرة حقا ، ولذلك لم أنجح فى دراسته جيدا ، وحاولت أن أتجنب التفكير فيه .

اهتمام المريضة بمخلفات الكلاب وجراثيم الحمامات كان يوحى بأن تكوين خوفها يتضمن توقع الإصابة بمرض خطير ؛ ولذلك أخذ المعالج يسألها ليفهم أكثر طبيعة النتائج المخيفة للتلوث .

المعالــج : هل تخافين الأمراض التى يمكن أن يسببها البراز ؟

المريضة : نعم ، أظن هذا وإن كنت أعلم أن بقية الناس لا ينزعجون مثلى بشأنها ؛ فهم يستخدمون الحمام ويغسلون أيديهم ، وينتهى الأمر عند هذا . ولكنى لا أستطيع أن أستبعد فكرة أننى لم أتطهر بالدرجة الكافية .

المعالــج : إذا لم تغتسلى بدرجة كافية ، هل تتوقعين أن يصيبك المرض أم ان تتسببى فى مرض الآخرين ؟

المريضة : أغلب قلقى عن إصابتى أنا بالمرض ، ولكن أحيانا أقلق من ناحية زوجى أيضاً .

المعالـــج : هل يتركز قلقك فى مرض معين ؟

المريضة : لست متأكدة ، بعض أنواع المرض .

من الشائع بين المرضى الذين يخافون الضرر الذى قد يحدث عن عدم ممارسة الطقس ، أن يكونوا عاجزين عن تحديد نتيجة مخيفة معينة ؛ فالمصابون بالمراجعة كثيراً ما يخشون من نسيان شىء أو التخلص من شىء مهم ، ولكنهم غالباً ما لا يعرفون ما هو هذا الشئ . والمصابون بالتكرار قد يخشون وقوع ضرر لشخص عزيز ولكنهم لا يستطيعون أن يحددوا ما هو الضرر . ولكن الكثير من مرضى الوسواس القهرى يخافون نتائج محددة (العمى أو اللوكيميا مثلاً) . وعند هذه النقطة ، على المعالج أن يختار بين أن يستكمل الأسئلة عن رموز التهديد الخارجى ، أو أن يتابع الأسئلة عن النتائج المخيفة ، والاعتقاد أن هذا الضرر محتمل أن يحدث فعلاً . ولقد اختار المعالج الاتجاه الأخير هنا .

المعالج : لنفترض أنك لمستى فعلاً براز كلب أو براز إنسان دون أن تعى ذلك ، ولم تغتسلى لإزالته ، ما احتمال أن تصابى أنت أو زوجك بمرض خطير ؟

المريضة : حسناً ، أشعر أن هذا ممكن أن يحدث فعلاً .

المعالـــج : أفهم أنه عندما يحدث هذا ، وتشعرين بالكرب الشديد تتوقعين الإصابة بالمرض ، ولكنى أطلب منك أن تحكمى بموضوعية الآن : ما احتمال إصابتك بالمرض إذا لمستى براز ولم تغتسلى ؟ وإذا تكرر لمسك للبراز عشرة مرات ، كم مرة ستصابين بالأمراض ؟

المريضة : أعلم أن هذا غير محتمل ، ولكن أحياناً يبدو لى الأمر حقيقياً .

المعالج : هل تستطيعين أن تحددى بالأرقام النسبة المئوية لاحتمال إصابتك بالمرض ، إذا لمستى قدرا صغيرا من البراز ، ولم تغتسلى ؟

المريضة : أقول إنه احتمال بسيط ، أقل من ٢٥ ٪ .

المعالـــج : هذا معناه مرة من كل أربع مرات ستصابين بالمرض .

المريضة : لا ، أعتقد أن هذا غير صحيح . أعتقد أنه أقل من ١ ٪ فعلاً .

يتضح من المحادثة السابقة أن المريضة لم يكن لديها اعتقاد قوى أن الأمراض المخيفة ستحدث فعلاً ، مع أن تقديرها فى البداية كان مرتفعاً .

والشخص الضعيف الاستبصار بشأن عدم معقولية أعراضه ، كان سيحدد احتمالات أكبر (عادة أكثر من ٨٠٪) ، وكان سيصر على دقة تقديره حتى مع المثابرة فى الحوار .

المعالج : حسناً ، الآن بالإضافة إلى المرض ، ما الذى يمكن أن يحدث أيضاً إذا لمستى البراز ؟

المريضة : أعتقد أننى أخاف أيضاً من فكرة الآخرين عنى إذا لمس فستانى أو حذائى براز كلب ، فقد يلمحه أو يشم رائحته شخص ما ، ويحكم بأننى إنسانة قذرة . وهذا يثير الاشمئزاز وأعتقد أننى أخاف من أن يكونوا عنى فكرة أننى إنسانة سيئة .

عندئذ وجه المعالج المزيد من الأسئلة إلى المريضة عن النتائج المثيرة للخوف ، فسألها عن احتمال أن يسيء الآخرين تقويم شخصيتها ، إذا لمس ردائها البراز . وقد جمعت المادة عن النتائج المخيفة لإدخالها فيما بعد فى مشاهد التعرض التخيلى . ولختام الفحص الحوارى عن طبيعة الوساوس ، استطرد المعالج فى حديثه عن المثيرات الخارجية المخيفة .

المعالج : بالإضافة إلى براز الإنسان والكلاب والمراحيض ، ما الأشياء الأخرى التى يمكن أن تلوثك ؟ هل توافقين على استخدام كلمة تلوث لوصف شعورك عند لمس هذه الأشياء ؟

المريضة : نعم ، كأننى أشعر بها على جلدى ، بل أستطيع أن أراه . آه ، لقد تذكرت أننى أنزعج أيضاً إذا رأيت مخلفات الطيور على سيارتى .

المعالج : مخلفات الطيور ، تلك البقع البيضاء ؟

المريضة : نعم ، إننى أضم طرف الرداء عند ركوب السيارة أو الخروج منها لكى لا ألمسه .

وهنا قدمت المريضة أيضاً معلومات عن سلوك التجنب المرتبط بالتلوث .

وقد لاحظ المعالج هذا ، وعاد ليسألها فيما بعد عن وجود أنماط تجنبية إضافية أخرى .

المعالـج : وماذا أيضاً بالإضافة إلى مخلفات الطيور ؟

المريضة : الحيوانات النافقة مثل التى تراها على جانب الطريق ، فإننى أشعر أن الجراثيم تنتقل من أرضية الشارع إلى السيارة ، ومنها إلىّ ، حتى لو لم أطأ عليها ، فإننى أعتقد أن الجراثيم منتشرة حولها .

المعالـج : وماذا تفعلين إذا رأيتى حيواناً نافقاً ؟

المريضة : أبتعد عنه ، ذات مرة ركنت السيارة ، وعند خروجى منها رأيت قطا ميتا وراءها مباشرة ؛ فاضطررت لغسل ملابسى والاستحمام فى الحال ، لقد كانت ورطة حقيقية فى ذلك اليوم .

المعالـج : يبدو أن الأمر يمثل مشكلة صعبة لك ... هل هناك شىء آخر غير الحيوانات النافقة تسبب لك التلوث ؟

المريضة : لا أتذكر الآن . ولكن هناك أماكن كثيرة أتجنبها بسبب ما سبق الكلام عنه .

ويتعين على المعالج أن يواصل سؤال المريضة عن أشياء أخرى ، يمكن أن تتلوث بسبب صلتها القوية بالأشياء السابقة .

المعالـج : وماذا عن القمامة ؟

المريضة : وهذه تزعجنى أيضاً . كما أننى أتحاشى صناديق القمامة فى الطريق .

المعالـج : وما الذى يزعجك فى صناديق القمامة ؟

المريضة : أعتقد الحيوانات النافقة ، كما أن المطر ينشر الجراثيم على الطريق ، كما أن القمامة المتعفنة سيئة أيضاً . إن صناديق القمامة تثير الاشمئزاز احيانا .

المعالـج : هل تخافين الإصابة بالمرض من الحيوانات النافقة والقمامة ؟

المريضة : نعم ، إنها مثل المراحيض ومخلفات الكلاب .

وللإعداد لبرنامج التعرض بحيث تقدم الأشياء تصاعديّاً بالنسبة لقدرتها على إثارة عدم الارتياح ، طلب من المريضة أن ترتب أسباب التلوث الرئيسية .

المعالـج : والآن ، فلنضع قائمة الأشياء الأساسية التى تزعجك ، وسأطلب منك أن

تسجلى مقدار شعورك بالكرب على مقياس من صفر – ١٠٠ عند لمس الشىء الذى سأذكره لك ، والصفر معناه عدم وجود شعور بالكرب ، و١٠٠ تمثل أقصى درجة للكرب .

المعالـــج : ماذا لو لمستى قذارة الكلب ؟

المريضة : وأتيحت لى الفرصة أن أغتسل كما أشاء ؟

المعالـــج : لا ، فلنفترض أنك لم تستطيعى الاغتسال لفترة .

المريضة : ١٠٠ درجة .

المعالـــج : حيوان نافق .

المريضة : أيضا ١٠٠ درجة .

المعالـــج : مخلفات الطيور على سيارتك .

المريضة : هذا يتوقف على إذا ما كانت جافة أو رطبة .

المعالـــج : حددى بالنسبة للاثنين .

المريضة : ١٠٠ درجة رطبة و٩٥ درجة للجافة .

المعالـــج : صناديق القمامة فى الطريق .

المريضة : ٩٥ درجة .

المعالـــج : المخلفات فى حوض المطبخ بمنزلك .

المريضة : ليس أمراً شديد السؤ ، ٥٠ درجة فقط ، ولكن سلة القمامة خارج البيت ٩٠ درجة .

المعالـــج : وما الفرق ؟

المريضة : لأن جوانب السلة متسخة من القمامة القديمة .

المعالـــج : وماذا عن قاعدة المرحاض فى دورات المياه العامة ؟

المريضة : هذه سيئة ، ٩٥ درجة .

المعالـــج : إطارات السيارة ؟

المريضة : عادة ٩٠ درجة ، ولكن إذا كانت قد مرت قرب حيوان نافق تصبح ٩٩ درجة .

المعالــج : وماذا عن مقابض الأبواب فى دورات المياه العامة ؟

المريضة : المقبض من الخارج حوالى ٤٠ درجة ، ولكن المقبض من الداخل ٨٠ درجة ؛ لأن الناس يلمسونه بعد استخدام المرحاض مباشرة ، والبعض لا يغسل يديه .

المعالــج : فهمت وماذا عن العشب فى المنتزه العام ، مع وجود الكلاب فى أنحائه ؟

المريضة : إذا مشيت على العشب ٨٠ أو ٨٥ درجة ، ولكنى عادة لا أفعل ذلك . كما أننى أعانى كثيرا من السير فى ممرات الحدائق فالنقط البنية اللون عليها أعتقد أنها قذارة أو مخلفات كلاب .

المعالــج : وما مقدار انزعاجك منها ؟

المريضة : الوطء على النقط البنية حوالى ٩٠ درجة ، ولكنى عادة ابتعد عنها .

يجب على المعالج أن يواصل بهذا الأسلوب إلى أن تتكون قائمة من ١٠ إلى ٢٠ بنداً ، ويلزم أن تكون البنود أكثر بالنسبة للمرضى الذين لديهم مخاوف وسواسية متعددة أو طقوس قهرية . وترتب البنود تصاعديّاً استعداداً للعلاج بالتعرض ، وتجمع البنود المتساوية فى درجة إزعاجها معاً فى مجموعة واحدة .

وقد برزت معلومات مهمة عن أنماط التجنب والطقوس من المقابلة السابقة حول مؤشرات التهديد الخارجية ، ويمكن الحصول على مزيد من البيانات بأن يقدم المريض وصفاً تفصيليّاً لما يمارسه من أنشطة فى اليوم العادى منذ استيقاظه حتى وقت النوم . وبالنسبة لمريضتنا هنا ، كان اهتمامنا الأكبر بحماماتها واستخدامها للمرحاض وتعاملها مع المناشف والملابس المتسخة وارتدائها لملابسها وحذائها . ويمكن التأكد من البيانات الأخرى عن أنماط التجنب بالاستفسار عن الأنشطة الروتينية ، مثل : التسوق ، وتناول الوجبات خارج المنزل ، وتنظيف المنزل ، وإعداد الطعام والعمل ... إلخ . وتعطى المحادثة التالية نموذجاً لدرجة التفاصيل المطلوبة .

المعالــج : لكى نضع خطة العلاج بدقة ، أحتاج أن أعرف ما الذى تتجنبيه فى برنامجك اليومى ، ولتبدأى بما تفعلينه عند الاستيقاظ ؟

المريضة : أولا ، ادخل الحمام .

المعالــج : وأنت ترتدين قميص النوم أم دونه ؟

المريضة : دونه لأننى لا أحب أن يلمس المرحاض ، وبذلك يظل نظيفاً فى المساء عندما استحم .

المعالــج : استمرى .

المريضة : ثم استخدم المرحاض وأعتقد أننى استخدم كمية كبيرة من ورق التواليت ، لأننى لا أحب أن يصل شىء إلى يدى ، ثم آخذ دشاً .

المعالــج : كيف تستعدين لأخذ الدش ؟

المريضة : أضع منشفة جديدة على الشماعة قرب الدش لأننى لا أحب أن تلمس أى شىء قبل استخدامى لها ، وأضع الخف أمام الباب قرب الدش ؛ لكى لا أضطر للدوس حافية على أرضية الحمام بعد أخذ الدش ، ثم آخذ الدش.

المعالــج : قلتى إنك تستغرقين ٤٥ دقيقة فى أخذ الحمام ، لماذا كل هذا الوقت ؟

المريضة : إننى اغتسل بنظام معين وأحصى عدد مرات غسل كل جزء ، مثال ذلك أننى اغسل ذراعي اربعة مرات هذا هو السبب فى استهلاك الوقت.

المعالــج : وما النظام الذى تتبعينه ؟

المريضة : أولا أغسل يداى ثم وجهى وشعرى ، ثم أتدرج من أعلى إلى أسفل .

المعالــج : وماذا عن منطقة العانة والشرج ؟

(لابد أن هذه المناطق تسبب أكبر إزعاج للمريضة لشعورها بالتلوث من جراثيم البراز) .

المريضة : هذه .... أخيراً بعد قدماى .

ومثل هذا الوصف المفصل يساعد المعالج على توقع التجنب المحتمل من المريض أثناء العلاج ، وأن يضع إرشادات خاصة للتعرض ، والاشراف على سلوك الاغتسال العادى فى نهاية العلاج سيوجه إلى ميل المريضة لإحصاء الاغتسال وترتيب نظامه . وأثناء الجلسة الأولى لجمع المعلومات ، طلب من

المريضة أن تراقب ذاتيا عدد مرات حدوث الدفعات القهرية ، والوقت الذى تستغرقه .

المعالـــج : من الآن وحتى جلستنا التالية ، أريدك أن تسجلى كل عمليات الاغتسال والتنظيف ، التى تقومين بها بما فى ذلك مسح الأشياء بالكحول . ويمكنك أن تستخدمى هذه الاستمارة ، (انظر شكل ١ : ٥) ومن فضلك سجلى كل مرة اغتسال والوقت الذى استغرفتيه ، وما الذى جعلك تغتسلين ومقدار قلقك قبل الاغتسال . وهذا السجل سيساعدنا على تحديد أى مصدر للتلوث نسيتيه ، كما يمكننا استخدامه لمتابعة تقدم العلاج .

المريضة : هل تريد أن يكون التسجيل كل نصف ساعة ؟

المعالـــج : لا ، فقط عند الاغتسال أو استخدام الكحول .

المريضة : حسنا .

تاريـــخ الأعـــراض

بعد تقوّيم أعراض المريضة الحالية ، سعى المعالج إلى معلومات عن بداية المشكلة ، مع إشارة خاصة إلى وجود مسببات للأنعصاب محددة متزامنة معها ، وهل هذه المسببات لا تزال موجودة .

المعالـــج : منذ متى تغتسلين بهذه الطريقة ؟

المريضة : لقد بدأ هذا منذ سنتين ، فى العام الأول لى بمدرسة التمريض ، ولم تكن سيئة إلى هذا الحد ، وقد بدأت بالمدينة ، فقد كنت أذهب للدراسة فى المدينة ، وكانت المدينة تبدو قذرة حقاً .

المعالـــج : هل كان للتمريض علاقة بالموضوع ؟

المريضة : محتمل ، فقد كنت تحت تأثير ضغوط كثيرة ، فقد اضطررت لترك عملى كسكرتيرة ، وكان الوضع صعباً دون دخل مع اضطرارى لدفع تكاليف الدراسة . ولم يقدم والداى عوناً كبيراً ، ثم بدأنا ندرس أساليب التعقيم وسبق أن حدثتك عن علم الميكروبات .

المعالـــج : هل ازداد الأمر سوءاً بالتدريج ؟

المريضة : غالباً ، ولكنى لاحظت أن الأمر ساء كثيراً بعد دورة الجراحة ؛ حيث

شعرت بقلق حقيقى من تلوث الأدوات بالجراثيم ، وعندئذ بدأت عملية الاغتسال الزائد عن الحد .

المعالـــج : هل سعيت إلى العلاج فى ذلك الوقت ؟

المريضة : كنت أتردد فى الواقع على الدكتور «و» فى الجامعة ، وقد حاول أن يساعدنى .

المعالـــج : لقد كان يعالجك فعلاً ، من أى شىء ؟

المريضة : كان يعالجنى من فقدان الشهية العصبى ، وقد ترددت عليه لمدة عام ، وعندئذ بدأت عملية الاغتسال .

المعالـــج : فقدان الشهية العصبى ؟ ! وهل أفاد العلاج ؟

المريضة : نعم ، لقد انخفض وزنى عندئذ إلى ٨٥ رطلا ، وقد ارتفع الآن إلى ١٠٥ ، وكان يطلب منى أن يزداد وزنى كل أسبوع ، وقد اتبع معى ما يسمى «بالعلاج المعرفى» .

المعالـــج : فهمت ، وماذا عن مشكلة الاغتسال ؟

المريضة : لقد جرب معى العلاج نفسه ولكنه لم يفلح ، وهذا هو سبب مجيئى إليك . لقد سمعت شقيقة زوجى عن هذا العلاج وقد أشار علىّ الدكتور «و» به .

المعالـــج : وماذا عن العقاقير ، هل سبق علاجك بها ؟

المريضة : نعم ، لقد جربت دواء «الأنافرانيل» لفترة وقد أفادنى قليلاً ، ولكنه كان يسبب لى النعاس والدوخة ولذلك أوقفت استخدامه . كما أننى سمعت أنه يجب عدم استخدام هذا الدواء أثناء الحمل ، وزوجى وأنا نرغب فى الإنجاب حالياً . وقد استخدمت قبل ذلك دواء «زناكس» [alprazo lamn] ، ولكنه لم يعالج مشكلة الاغتسال .

المعالج : هل جربتى أى علاج آخر ؟

المريضة : فقط لفقدان الشهية العصبى ، وقد ترددت على مركز علاجى بالجامعة لمدة حوالى سنة ، ولكنه لم يفدنى على الإطلاق .

كان التاريخ المرضى لهذه المريضة غير عادى من حيث حداثة بدء

الأعراض ؛ فالمعتاد في المرضى المترددين على عيادتنا أن تكون الأعراض قد بدأت لديهم من فترة أطول ، تصل إلى ٨ سنوات ثم المتوسط . كما أن مراكز العلاج المماثلة فى إنجلترا وهولندا سجلت أرقاماً مماثلة ، وكان التاريخ العلاجى لمريضتنا، وتجريبها أساليب العلاج النفسى والعلاج بالعقاقير قبل لجوئها للعلاج السلوكى نمطيا أيضاً . وحيث إن الفشل السابق للعلاجات غير السلوكية لم يتبين أن له تأثير على نتائج العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة ، فعلى المعالج ألا يتأثر بهذا التاريخ . إلا أنه بسبب احتمال وجود اتجاه متشكك بخصوص قيمة العلاج ، يجب أن يقدم المعالج للمريض تبريراً منطقيّاً واضحاً للعلاج بالتعرض ، ومنع الاستجابة على أساس القواعد التى سبق مناقشتها والموضحة فيما يلى :

المعالج : قبل أن أواصل جمع المعلومات عن مشكلتك ، أعرفك بالعلاج الذى سنتبعه .

المريضة : حسن ، لقد عرفنى الدكتور «ف» به نوعاً ما . ولكننى ما زلت غير متأكدة ما الذى سيكون عليه هذا العلاج .

المعالج : يسمى هذا العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة ، وسأطلب منك أن تواجهى مواقف وأشياء تخيفك أو تشعرك بالتلوث . وسنفعل هذا تدريجيّاً إلى أن نصل إلى أصعب الأمور ؛ فعلى سبيل المثال يمكن أن نبدأ بالمقابض الخارجية لأبواب الحمامات ، ثم ننتقل إلى مقعد المرحاض ، ثم مخلفات الطيور . وسنفعل هذا معاً وسأكون بجانبك دائماً لمساعدتك ، وستستغرق الجلسة ساعة ونصف أو ساعتين ، وسنتقابل فى كل يوم من أيام الاسبوع . بالإضافة لذلك ، سأكلفك بواجبات لأداء أشياء مماثلة بين جلسات العلاج .

المريضة : أتقصد أننى يجب أن ألمسها ، حتى مخلفات الكلاب ؟

المعالج : نعم ، للتغلب على هذه الأنواع من المخاوف ، فيجب أن يتعلم الناس مواجهة ما يخشونه ، وأن يستمروا فى ذلك إلى أن ينخفض الشعور بعدم الارتياح .

المريضة : حتى لو فعلت هذا ، فقد يستغرق الأمر سنة حتى أتعود .

المعالج : تذكرى ، أنك لم تكونى دائماً تشعرين بهذا الشعور تجاه مخلفات الكلاب . وأنت صغيرة ألم يحدث أبداً أن وطئت على مخلفات كلب ، دون قصد فمسحتيها وواصلت اللعب .

المريضة : نعم ، لقد نسيت هذا ، لقد مضى وقت طويل على ذلك ، وقد تعودت ألا أفكر مرتين فى أمر كهذا .

المعالج : لكى نعيدك إلى الشعور الذى تعودتيه نحتاج إلى تعريضك مباشرة لما تخافين منه ، والآن هناك جزء ثانى من العلاج ، سأطلب منك أيضاً ألا تغتسلى لمدة ثلاثة أيام متصلة ، فلا غسيل للأيدى ولا أخذ حمام لمدة ثلاثة أيام ، ثم ستأخذى حماماً ولكن سنحدده بعشر دقائق ، وبعد الحمام عليك أن تلوثى نفسك مرة ثانية ، ثم تنتظرى لمدة ثلاث أيام أخرى حتى الحمام التالى .

المريضة : لا أصدق هذا . لن أستطيع أن أفعل هذا ، ولو كان هذا فى استطاعتى لما جئت إلى هنا . كيف استطيع الامتناع عن الاغتسال ؟ كل يوم أقرر ألا أفعل ثم أفشل ، فأنت تقصد ألا اغتسل بعد استخدام الحمام أو قبل الأكل ؟ الناس الآخرون يغتسلون بعد استخدام المرحاض ، لماذا لا أستطيع أن أقلل الاغتسال كالناس الأسوياء ؟

المعالـــج : الآخرون لا يعانون من اضطراب الوسواس القهرى ؛ فتذكرى أن الاغتسال بالنسبة لك يجعلك تشعرين بأنك أقل تلوثاً وأقل قلقاً ، صحيح ؟

المريضة : نعم .

المعالج : إذا اغتسلت ولو قليلا عندما تشعرين بالتلوث فلن يكون لديك أبداً فرصة تعلم أن الشعور بالتلوث سيزول من نفسه دون اغتسال . أما إذا كنت قلقة فعلا ، فقد يستغرق الأمر وقتاً ، ربما عدة ساعات ، قبل أن تشعرى بتحسن ، ولكن هذا سيحدث فى النهاية . من ناحية أخرى ، إذا اغتسلتى، ولو قليلا كل عدة ساعات ، فهذا سيدعم الفكرة أنك يجب أن تغتسلى لتشعرى بالتحسن .

المريضة : ولكن لماذا ثلاثة أيام ؟ ألا استطيع أن آخذ حمام كبقية الناس ؟

المعالـــج : للسبب نفسه . ستظلى تشعرين بالارتياح حتى لو انتظرتى ٢٤ ساعة بين الاغتسال ، وهذا سيقوى اعتقادك باحتياجك لإزالة التلوث بالاغتسال . يجب أن تتعلمى استخدام الماء والصابون للشعور بالنظافة والانتعاش ، ولكن ليس لإزالة التلوث .

المريضة : أعتقد أننى فهمت الآن ، أعلم الآن أننى اغتسل للتخلص من الأشياء التى أرهبها . لقد اعتدت أن أستحم لأتخلص من العرق والقذارة والشعور بالانتعاش ، ولكنى لست متأكدة أننى أستطيع تحمل عدم الاغتسال كل هذا الوقت .

المعالج : للعلاج متطلبات متعددة ، وقبل أن تبدأى برنامج العلاج يجب أن تقطعى عهدا على نفسك أنه حتى إذا شعرتى بعدم الارتياح أو الحزن فى بعض الأوقات فلن تغتسلى . وسأحاول أن أساعدك بقدر الإمكان بتخطيط العلاج ، وبذلك ستعرفين المتوقع فى كل يوم وسأدعمك حين يلزم . ويجب أن يتوفر شخص ليساعد فى الإشراف والدعم فى أى وقت تحتاجينه . وبين الجلسات فى إمكانك أن تتصلى بى تليفونيا هنا أو فى المنزل ، إذا حدثت أى مشكلة . أعرف أن العلاج لن يكون سهلاً ، ولكنى متأكد أنك تستطيعين إنجازه إذا قررتى ذلك .

عند هذه النقطة يجب عدم طلب تعهد حاسم . والاحرى أن يعرف المريض المطلوب منه ؛ لكى يتكيف مع هذه التوقعات ، ولتخطيط الأنشطة أثناء فترة العلاج طبقاً لها . ويجب على المريض أن يقوم بالترتيبات اللازمة لحضور جلسات العلاج اليومى لمدة ثلاثة إلى أربعة أسابيع . وكما سبق أن أوضحنا ، ستكون ثلاث جلسات أسبوعياً للمرضى ذوى الأعراض غير الحادة كافية . ويجب على المعالج ألا يقلل من صعوبة نظام العلاج ، وبذلك يعد المريض للنضال ، ويبدأ العلاج باستعداد لحشد مصادر قوته الداخلية .

وعادة ما يؤخذ تاريخ المريض فى الجلسة الأولى ؛ وحيث إن جمع تواريخ مرض الوسواس القهرى لا يختلف عن جمع تاريخ باقى المرضى النفسيين ، فإننا لم نرد التفاصيل هنا .

تخطيط العلاج

بدأ المعالج الجلسة الثانية بأن راجع بإيجاز مراقبة المريض الذاتية للطقوس، وخصص باقى الجلسة لوضع خطة العلاج .

المعالج : حسنا ، الآن أريد أن أناقش خطتنا فى كل يوم خلال الأسبوع الأول من العلاج ، نحتاج أن نعرضك سواء بالتخيل أو فى الواقع للأشياء التى تزعجك ، التى تحدثنا عنها فى الجلسة الأولى . وكما سبق أن قلت سنحدد

من الاغتسال ، والمشاهد التى ستتخيلينها ، ستركز على الضرر الذى تخافين حدوثه إذا لم تغتسلى . والتعرض الواقعى (الفعلى) سيركز على مواجهة الأشياء التى تلوثك ، وتقييد الاغتسال سيعلمك كيف تعيشين دون طقوس . وستتخيلين أنك تلمسين شيئاً ترهبينه مثل مقعد المرحاض وعدم الاغتسال ، ثم الإصابة بالمرض ، ويمكن أن نجعلك تتخيلين أنك ذهبت إلى طبيب ، لا يستطع أن يحدد مما تعانين ولا يستطيع علاجك منه ، هذا هو الخوف الذى لديك ، هل هذا صحيح ؟

المريضة : نعم ، وأن يمرض زوجى وأنها ستكون غلطتى .

المعالـج : حسناً ، إذاً فى بعض المشاهد ستمرضين أنت ، وفى مشاهد أخرى سيمرض زوجك . وهل لى أن أضيف أن أناساً آخرين سيلومونك لعدم الحرص ، هل هذا ما تخشينه ؟

المريض : نعم ، خاصة أمى .

المعالـج : حسناً ، سنجعلها تنتقدك على عدم الحرص بدرجة كافية . هل تستطيعين أن تفكرى فى شىء آخر نضيفه للصورة ؟

المريضة : لا ، هذا هو كل شىء .

المعالـج : نستطيع أن نكون المشهد بالتفصيل ، بعد أن نضع الخطة للتعرض الفعلى . فلنراجع قائمة الأشياء التى تتجنبينها أو تخافين لمسها ؛ لكى نتأكد أننا رتبناها بالطريقة السليمة ، ثم نقرر ما ننفذه فى كل يوم . موافقة ؟

المريضة : نعم ، (استعرضت المريضة القائمة التى تشمل سلة القمامة وأرضية المطبخ وأرضية الحمام وسجادة الممشى فى مكان عام ، ومخلفات النباتات ، وإطارات السيارة ، ومخلفات الكلاب مجففة ، ومخلفات الطيور . وتم التغيير حيث يلزم) .

المعالـج : دعينا الآن نضع خطة للعلاج : فى اليوم الأول سنبدأ بالأشياء التى أعطيتيها درجات أقل من ٦٠ . وهذا يشمل لمس هذه السجادة ومقابض الأبواب خارج دورات المياه ، والكتب فى مكتبتى ، ومفاتيح الكهرباء وسور الدرج . وفى اليوم الثانى سنتعامل مع العناصر من ٦٠ إلى ٧٠

درجة ، مثل : البراز والأرضيات العارية والغسيل القذر ، والأشياء على مكتب زوجك (واستطرد المعالج فى إعطاء تفاصيل الجلسات من ٣ إلى ٥ وزيادة مستوى الصعوبة فى كل يوم) . فى الأسبوع الثانى سنكرر المواقف الأسوأ ، مثل : صناديق القمامة ، واطارات السيارة ، ودورات المياه العامة ، ومخلفات الطيور ، وقاذورات الكلاب ، كما سنجد حيواناً نافقاً سنسير جواره ، ونلمس أرضية الشارع المجاورة له .

فى مناسبات نادرة يحتمل أن تكون المواجهة المباشرة مع الشىء المخيف (المبيدات الحشرية والكيماويات الأخرى مثلاً) سبباً فى حدوث الضرر . وفى مثل هذه الحالة يجب تقدير الموقف لإيجاد حل وسطٍ بين التجنب الكلى والتعرض للخطر . فبالنسبة للكيماويات على سبيل المثال ، يعرض المرضى لكميات صغيرة غير ضارة . وفى حالة مريضتنا قرر المعالج أن التعامل المباشر مع حيوان نافق غير مطلوب ، وأنه يكفى الوطء على فراء الحيوان بالحذاء ، ثم لمس الحذاء لإنجاز التعرض .

المعالـج : ما رأيك فى هذه الخطة ؟

المريضة : موافقة على الأسبوع الأول ، ولكنى مرعوبة فعلاً بشأن الأسبوع الثانى؛ فلست متأكدة من استعدادى للتعامل مع الحمامات ومخلفات الكلاب .

المعالج : كثير من الناس يكون شعورهم هكذا فى البداية ، ولكن فى نهاية الأسبوع الأول لن يكون خوفك بقدر ما هو عليه الان من لمس الأطارات ودورات المياه العامة . وتذكرى أننى سأكون موجوداً دائماً لمساعدتك ؛ لأن الأمر قد يكون صعباً فى البداية .

المريضة : نعم ، أعلم هذا ، وأشعر أنه ليس لى خيار على أى الاحوال . فهذا الاغتسال جنون ، وإنى أشمئز من نفسى ، وأعتقد أننى مستعدة كما يجب .

المعالج : حسناً ، تذكرى الآن أننى سأطلب منك الاستمرار فى أداء هذه الأشياء لمدة ساعتين أو ثلاثة بالمنزل بعد كل جلسة ، ولكنك ستكونى قد نفذتيها معى فعلاً ؛ ولذلك اعتقد انها لن تكون صعبة جداً ، وأفهم أنك تكلمت مع زوجك بخصوص مساعدتنا بالإشراف فقد رأيته فى حجرة الانتظار بالخارج .

المريضة : نعم ، وقد وافق ، ويريد أن يعرف المطلوب منه .

المعالـج : فلنستدعه . وهل تحدثت مع شقيقة زوجك بخصوص تواجدها ، عندما يكون زوجك فى عمله ؟

المريضة : نعم ، وقد تقبلت ذلك ، ولكنها لم تستطع الحضور اليوم بسبب الأطفال .

المعالـج : إذا كان من الصعب عليها الحضور ، يمكننى أن أتصل بها تليفونيا . هيا استدعى زوجك الآن .

العـــــلاج

حضرت مريضتنا ١٥ جلسة علاج ، وكانت تعقد يوميا خلال الاسبوع لمدة ثلاثة أسابيع . وخلال الأسبوع الرابع زارها المعالج مرتين لمدة أربع ساعات فى كل مرة بمنزلها . وأثناء هذه الزيارات ، قامت المريضة – تحت إشراف المعالج – بتلويث المنزل كله وعرضت نفسها لأشياء تثير الكرب فى المنزل وفى المنطقة المحيطة . وبعد هذا تم ترتيب جلسات متابعة مرة فى الأسبوع ؛ لضمان الحفاظ على مكاسب العلاج ، ولعلاج أى مسائل أخرى تهمها .

وكما سبق أن أوضحنا ، يبدأ العلاج بالتعرض ببنود متوسطة الصعوبة ، ويتدرج إلى الأشد إزعاجاً ببداية الأسبوع الثانى . أما البنود الأكثر إثارة للكرب ، فتعاد خلال بقية الأسبوع الثانى وفى الأسبوع الثالث . ويوفر السياق التالى مثالا لما حدث فى اليوم السادس للعلاج .

المعالـج : كيف كان حال عطلة نهاية الأسبوع ؟

المريضة : لم تكن عظيمة ، ولكن أعتقد أنها كانت جيدة بقدر ما توقعت . لقد أخذت حماماً ليلة الأحد ، وكنت متوترة بشأن الانتهاء فى الوقت المحدد له ، ولا أعلم إذا كنت قد اغتسلت كما يجب .

المعالـج : معظم الناس مروا بهذا الشعور ، ولكن تذكرى أنه ليس المفروض أن تغتسلى «كما يجب» ، بل أن تغتسلى فقط . هل قام زوجك بمراقبة الوقت؟

المريضة : نعم ، فقد كان يعلن الدقائق ، كما لو كنت تقول ٥ – ٧ – ٩ ثم قال توقفى .

المعالــج : وهل توقفت عندئذ ؟

المريضة : نعم ، ولكن الأمر مازال غير سهل .

المعالــج : أعلم ، وإننى مسرور حقاً بحرصك على اتباع القواعد .

المريضة : لقد قررت أن هذه فرصتى للشفاء ، ولذلك أبذل كل جهدى .

المعالــج : حسناً ، أنا مسرور بإيجابيتك ، وكيف كانت الواجبات المنزلية ؟

المريضة : لقد لمست الأرض ونعل الحذاء وقد سجلتها فى استمارة اليوم . وفى يوم السبت ذهبت عند أختى ، ولاعبت الأطفال كما اتفقنا وقد داسوا علىّ وأنا راقدة على الأرض وحاولت لمس عجيزتهم أثناء حملى لهم . وفى يوم الأحد ذهبت مع زوجى إلى المنتزه العام، ولم أجلس على العشب ، ولكنى تجولت فى حول المكان ولمست نعل الحذاء بعد ذلك .

المعالــج : نعل الحذاء ؟!

المريضــة : نعم ، ثم ذهبنا إلى وسط المدينة ، وألقيت بعض الأشيـاء فى سلة القمامة، وضغطت عليها وحاولت لمس جوانب السلة . وقد كان هذا صعباً ولكننى قمت بهذا .

المعالـج : عظيم ، ويسرنى سماع هذا . وماذا عن ممسحة الباب الخارجى والنزول إلى الحديقة ؟

المريضة : لقد أتممت المطلوب بالنسبة للممسحة ووقفت فى الحديقة ، ولكن لم أستطع أن ألمس القاذورات ، فكلب الجيران دائماً يمرح فيها . أعلم أنه كان يجب أن المسها ولكن لم تواتنى الشجاعة .

المعالـج : حسناً ، لقد أنجزت أشياء أخرى كثيرة . دعينا نخطط لنخرج اليوم ونفعل ذلك معاً ، وبذلك سيكون من السهل عليك أن تسيرى فى الحديقة ، عندما تعودين للبيت .

المريضة : وهو كذلك .

امتثلت المريضة «جين» لنظام العلاج . وبعض المرضى ينتكسون أحياناً فى منع الاستجابة ؛ خاصة خلال الأسبوع الأول لبرنامج العلاج . ويجب على المعالج أن يدعم المريض على الامتثال الجزئى ، ولكن يجب أن يؤكد الاحتياج للامتثال

الكلى لتعليمات العلاج . وبالنسبة لواجبات التعرض المنزلية ، ليس غريباً أن يهمل المرضى إكمال بعض الواجبات . وأيضاً ، يجب أن يعززوا فيما أنجزوا ، وأن يشجعوا لإنجاز كل الواجبات .

المعالـج : وكيف الحال مع زوجك ؟

المريضة : لقد جن جنونه فى ليلة الأحد بعد استحمامى ، لأننى بدأت أسأله كيف استحم هو ، وإذ كنت قد أصبحت نظيفة بدرجة كافية . وأعتقد أننى ضايقته كثيراً ؛ لذلك فقد أعصابه . وقد شاهدنا التليفزيون وبعدها تحدثنا قليلا ، واعتذر عن عصبيته . ولكن الحقيقة أننى أنا التى تماديت فى الأسئلة ، أما باقى الأسبوع فكان على ما يرام .

المعالـج : من المؤسف أن زوجك جن جنونه ، ولكن من الحسن أنه لم يجب عن أسئلتك ؛ فليس مفروضاً أن يطمئنك على نظافتك .

المريضة : أعتقد أنه كان من الصعب عليه أن يعرف متى يجيب عن الأسئلة ومتى لا يجيب . ولا أنا متأكدة أيضاً ؛ لذلك ألا يمكن أن تتكلم معه قبل يوم الأربعاء ، عندما يحين ميعاد استحمامى التالى ؟

المعالج : هذه فكرة طيبة ، وسأستدعيه بعد انتهائنا من جلسة اليوم .

الآن ، سنبدأ اليوم مشهد أنك تقودين السيارة متجهة لموعد معى ، ويصاب أحد الإطارات بعطب وتضطرين لاستبداله . وأثناء ذلك تطرطش السيارات المسرعة بجوارك عليك فتعلق بك وبالسياج الطين والرمل ، ثم تكتشفين حيواناً نافقاً خلف السيارة ، وتشعرين بالتلوث . وتسيرين إلى محطة البنزين القريبة لتطلبى منهم المساعدة فى استبدال الإطار ، وتشعرين بحاجة شديدة إلى التبول فتضطرين لاستخدام دورة المياه فى المحطة . فيوافقون على استبدال الإطار إذا نزعتيه أنت من السيارة ، وأتيت به إليهم لانشغالهم الشديد . وهذا معناه بالطبع الإمساك بالإطار الذى تلوث من الحيوان النافق ، وسنضيف على هذا مخلفات الطيور على الطريق وجانبه . ثم بعد هذا تبدأين فى الشعور بالإعياء وتعتقدين أن مصدره الحيوان النافق . وهو مشهد مخيف أليس كذلك ؟

المريضـة : جـدّاً ، أنه سيئ للغاية ، هل لابد أن أقوم به ؟ لا يهم ، أعرف بما ستجيب .

المعالـج : حسناً ، أريدك أن تغلقى عينيك الآن ، وتتخيلى المشهد ونبدأ بقيادة السيارة .

لاحظ أن المعالج راجع واجبات المريضة فى اليوم السابق للتأكد أنها أنجزتها ، وأنها لم تنخرط فى تجنب وطقوس ، وأتاح هذا الفرصة لتعزيز الجهود فى التعرض الذاتى . ومن المهم متابعة تنفيذ الواجبات المنزلية ؛ حيث إن المرضى لا يتطوعون دائماً بإعطاء بيانات عن الإهمال ، إلا أنهم يعترفون بفشلهم فى الامتثال للتعليمات ، إذا سؤلوا مباشرة ، ومحتمل أن ينفذوا الواجب التالى بكفاءة إذا تم التعزيز .

وبالنسبة للصراع بين المريضة وزوجها ، فنعرف من خبرتنا أن معظم أفراد العائلة يكون لديهم الاستعداد للمساعدة . ولكن قد تحدث مشاكل ، عندما يعجزون عن المساعدة دون أن يزعجهم هذا ، وبذلك يزيدون من توتر المريض . وقد يقلل من التوتر العائلى إعطاءهم فرصة للتنفيس عن إحباطهم بالاتصال بالمعالج ، الذى قد يدربهم أيضاً على ردود فعل بديلة تخفف من التوتر العائلى .

وحيث إن المشهد التخيلى قد تم وضعه مع المريضة ، فلم يشكل مفاجأة لها. وقدم فى فترة تصل إلى ساعة أو حتى يظهر انخفاض ملحوظ فى القلق ، وبعد هذا تعرضت المريضة لمواقف واقعية مشابهة للمواقف المتخيلة .

المعالج : حان الوقت لأداء المشهد فعلاً . لقد بحثت أمس عن حيوان نافق على جانب الطريق ، ووجدت واحداً على بعد حوالى ميل من هنا ، هيا بنا إلى هناك.

المريضة : هذا مخيف . هل بحثت عنه من أجلى أنا ؟

المعالج : أنه يوم سعدنا لأنه كان لابد أن نبحث عن واحد . وهذا قريب منا على الأقل ؟

المريضة : عظيم .

إدخال شيء من المرح هنا أمر مطلوب ومفيد ، إذا كان لدى المريضة الاستعداد للتجاوب ، ومن المهم أن يضحك المعالج مع المريض وليس عليه .

المعالـج : (خارج العيادة) هذا هو خلف السيارة . دعينا نذهب ونلمس الشارع والرصيف بجانبه ، ولن أصر على أن تلمسيه مباشرة ؛ لأن رائحته

بدأت تفوح ، ولكن أريدك أن تدوسى بجانبه ، وأن تلمسى نعل حذاءك .

المريضة : (تعبر عن اشمئزازها) إنه ميت فعلاً ، هذا رهيب .

المعالـج : صحيح ، ولكنه لا يزيد عن كونه قطاً ميتاً . ما الضرر الذى يمكن أن يسببه ؟

المريضة : لا أعرف ، ولكن افترض أن يدى تلوثت بالجراثيم ؟

المعالج : أية جراثيم ؟

المريضة : جراثيم القط الميت .

المعالـج : وما هذه الجراثيم ؟

المريضة : لا أعلم مجرد جراثيم .

المعالـج : مثل جراثيم الحمام التى تعاملنا معها ؟

المريضة : إنها نوع منها ، إن الناس لا يتجولون ليلمسوا الحيوانات النافقة .

المعالـج : هم لا يهرعون أيضا إلى البيت ليستحموا ولا يمسحون السيارة بالكحول. حان الوقت للتغلب على هذا . الآن تعالى وسأفعل هذا أنا أولاً (المريضة تتبعه) . الآن المسى الشارع والرصيف ، وهناك حجر أرفعيه ، وقصاصه ورق تحته أئتينى بها .

المريضة : (يظهر عليها الضيق والاشمئزاز) .

المعالـج : سنمسكها سويا . الآن المسى بها ملابسك ووجهك وشعرك . وهكذا ، حسناً ، ما مستوى قلقك الآن ؟

المريضة : حوالى ٩٩ ، ولو لم تكن معى كان سيصل إلى ١٠٠ .

المعالـج : تعرفين من خبرتك السابقة أن الموقف سيتحسن فى لحظات ؛ فلننتظر هنا قليلاً . لقد كان إنجازك جيدا .

المريضة : (تمر بضع دقائق تبدو المريضة منزعجة جدّاً) هل كنت ستفعل هذا لو لم يكن ذلك من أجلى ؟

المعالـج : نعم ، لو كانت هذه سيارتى وسقطت مفاتيحى هنا ، كنت سألتقطها وأواصل السير .

المريضة : دون أن تغسلها ؟

المعالــج : لا ، طبعاً الحيوانات النافقة لا تدعو للسرور ، ولكنها جزء من العالم الذى نعيش فيه . ما الغريب فيها حتى نمرض بسببها ؟

المريضة : القليل ، أشعر بتحسن نوعاً ما الآن عن البداية ، والدرجة الآن حوالى ٩٠ .

المعالـــج : حسنا ، ابقى معها قليلا الآن .

استمرت الجلسة لمدة ٤٥ دقيقة أخرى ، إلى تناقص القلق بكل ملحوظ . وخلال هذا الوقت تركزت المناقشة أساساً على المواقف المثيرة للخوف ، ورد فعل المريضة تجاهها . وكان المعالج يسأل عن مستوى قلق المريضة كل ١٠ دقائق تقريباً .

المعالــج : كيف حالك الآن ؟

المريضة : حسنا ، أفضل قليلاً ولكنى متأكدة أننى لا أشعر براحة كبيرة .

المعالــج : حددى بالدرجات .

المريضة : حوالى ٥٥ أو ٦٠ .

المعالـــج : لقد بذلت جهداً اليوم ولابد أنك متعبة . كفى هذا اليوم . أريدك أن تأخذى معك هذه العصا وهذه الحصاة لكى يستمر تلوثك ، احتفظى بها فى جيبك والمسيها من وقت لآخر . أريدك أن تلوثى بها مكتبك فى العمل ومسكنك . المسى بها كل شىء حولك بما فى ذلك كل شئ فى المطبخ والكراسى والسرير والملابس فى صوان الملابس . وأيضاً أريدك أن تقودى سيارتك عبر المكان نفسه فى ذهابك وعودتك من العمل ، هل تستطيعين هذا ؟

المريضة : أعتقد هذا ، المشكلة هى فى الذهاب للمنزل بكل هذه القاذورات .

المعالــج : لماذا لا تستدعى زوجك وتعودان إلى البيت معاً فوجوده سيساعدك ، وتذكرى أنه فى إمكانك أن تطلبينى إذا وجدت مشكلة .

المريضة : حسنا ، هذه فكرة طيبة وسأغادر العمل بعده . إلى اللقاء غداً .

هذا السيناريو يصور عملية التعرض الواقعى . وقد أجاب المعالج عن الأسئلة بوضوح ، دون الابتعاد عن الغرض الأساسى للجلسة ، وهو التعرض للتلوث المخيف . وبعد الزيادة المبدئية يبدأ القلق فى الانخفاض بسرعة نسبيا بالنسبة لبعض المرضى ، وقد يستغرق وقتاً أطول لدى آخرين .

وكما سبق أن ذكرنا ، يفضل الاستمرار فى التعرض إلى أن يظهر تحسن واضح على المريض ، ويسجل انخفاضاً ملموساً فى القلق (٤٠ ٪ أو ٥٠ ٪) .

وبعد ١٠ إلى ١٥ جلسة ، من المتوقع أن ينخفض مستوى القلق طبقاً لتقارير المريض بدرجة كبيرة . وفى الجلسة الخامسة عشر أبلغت مريضتنا أن الحد الأقصى للشعور بعدم الراحة لديها ٧٠ درجة فى الشعور بالضيق (ومازال يعد هذا مرتفعاً مع أنه انخفض من ٩٩ درجة شعور بالضيق ، وهذا استغرق بضع دقائق . وكان الحد الأدنى للقلق ٣٥ درجة شعور بالضيق ، وكان متوسط القلق لديها فى هذه الجلسة ٤٥ درجة شعور بالضيق ، والنموذجى أن يكون أعلى مستوى فى نهاية العلاج لا يتجاوز ٥٠ درجة شعور بالضيق ، ويجب أن ينخفض إلى ٢٠ درجة شعور بالضيق فى نهاية الجلسة . وفى حالة مريضتنا لزم ترتيب جلسات متابعة أخرى لأن مستوى القلق كان لا يزال مرتفعاً .

ولتسهيل الانتقال إلى سلوك الاغتسال والتنظيف السوى ، وضع المعالج نظاماً للاغتسال السوى فى الأسبوع الثالث للعلاج ، فسمح للمريضة بحمام لمدة ١٠ دقائق يومياً ، وغسل الأيدى خمس مرات بحيث لا تتجاوز ٣٠ ثانية فى المرة ، عندما تكون هناك قذارة واضحة باليدين .

وعندما وصل المعالج إلى منزل المريضة فى جلسة علاج منزلى فى الأسبوع التالى ، جرت المحادثة التالية :

المعالج : كيف سارت الأمور فى عطلة نهاية الأسبوع ؟

المريضة : لم تكن سيئة ولكن شعرت ببعض الانزعاج يوم السبت ؛ فقد خرجنا للنزهة ، وكانت هناك أكوام من مخلفات الكلاب حولنا . وكنت ارتدى حذاءً خفيفاً ، وأردت أن ألعب الكرة الطائرة فاضطررت أن أخلع الحذاء الخفيف ، وأن ألعب حافية .

المعالج : عظيم ويسرنى سماع هذا .

المريضة : نعم ، ولكن ما أزعجنى هو العودة هكذا ودخول مسكنى ولكنى فعلت وسرت حافية القدمين وبالحذاء الخفيف ولكن أقلقنى هذا طوال اليوم واليوم التالى إلى أن صارحت زوجى بذلك خلال الظهيرة يوم الأحد ، وتحسن شعورى عندما قال إن هذا لا يهم على الإطلاق . ويبدو أن الشعور بالذنب كان يؤرقنى من ناحية نظافة البيت ، ولكنه طالما قال ذلك فإنى آخذ بكلامه .

المعالج : حسناً ، سيأتى الوقت الذى تحكمين فيه بنفسك على الموضوع . وكيف حال الاغتسال والتنظيف ؟

المريضة : على ما يرام . وقد اغتسلت لمدة نصف دقيقة قبل الأكل ، لإزالة الغبار من اللعب بالكرة ، وقد تعمدت ألا أغتسل عند عودتى للبيت ، لأننى كنت أشعر بالقذارة ، وأعلم أننى إذا اغتسلت فمعنى ذلك أننى أرغب فى التطهر . وقد أخذت حماماً مساء السبت وشعرت بالارتياح ، ولكن كنت أعلم أننى يجب أن أخرج وأتجول حافية ، والمس الأرض التى سرت عليها ، وهذا ما فعلته .

المعالج : عظيم لقد أجدت الأداء وهذا يسرنى جداً . لقد تجنبت الاغتسال ، عندما كان معناه تقليل شعورك بالتلوث ، وعبرت عن نفسك عندما شعرت بانشغالك بالجراثيم . هذا ممتاز . والآن دعينا نناقش المواقف التى ما تزال فى حاجة لأن نعمل عليها هنا وفى المنزل ، ما الأشياء التى ما زالت تزعجك ؟

المريضة : البدروم . فإننى لم أستطع أن أعمل شيئاً بخصوص الأحذية القديمة وغيرها ، التى ألقيت بها منذ عام هناك لتلوثها . ومازال فى الدولاب بعض الملابس الملوثه . ومازلت قلقة بشأن الفناء الخلفى وسقف المنزل ، لأنه متسخ بمخلفات الحمام ، وكذلك السور الحديدى ولذلك فكرت أن أنتظر حتى تأتى أنت .

المعالج : حسناً ، فلنبدأ العمل بالاسهل صعودا للأصعب . أيها أسهل عليك ؟

المريضة : البدروم ودواليب الملابس .

المعالج : حسنا ، هيا بنا ننزل اليه .

ويتم التعرض لمسببات التلوث أثناء الزيارة المنزلية بأسلوب جلسات العلاج ذاته ، وتستغرق الجلسات المنزلية من ساعتين إلى أربع فى المعتاد إلى أن يتم لمس جميع الأشياء «القذرة» ، وتلويث جميع الأماكن النظيفة . ويجب تكرار هذه الجلسات إذا أظهر المريض قلقا يختص بقدرته على تبنى نظاماً دائماً لعدم التجنب .

جلسات المتابعة

استمر علاج مريضتنا لمدة ثلاثة شهور حتى حدثت لها انتكاسة تاليه لوسواس جديد ؛ فقد أصبح يشغل تفكيرها دهس أحد الماره بسيارتها أثناء القيادة . وكانت فكرة أنها قد تكون دهست شخصاً ما تلح عليها ؛ خاصة بعد الاستدارة فى طريق آخر أو النظر فى المرآة عند تغيير حارة المرور ، وكانت الفكرة تلح عليها لعدة ساعات . وللتغلب على هذه المشكلة الجديدة ، وجهها المعالج إلى أن تزيد من فترات القيادة ، وأن تمتنع عن النظر خلفها أو النظر فى المرآة لترى الإصابات التى أحدثتها . طلب من المريضة أن تتوقف فقط إذا تأكدت أنها صدمت شخصاً ما ، وأنها يجب أن تتجاهل فكرة أن هذا «ربما يكون قد حدث» . ولتقليل قلق المريضة بشأن الوسواس (مثال ذلك قولها «ياالهى لقد عادت مرة أخرى ، أنه أمر مريع») ، عرفت أنه من المتوقع عودة الأفكار الوسواسية ، وقد تناقص تكرار الوسواس المتعلق بصدم شخص من عدة مرات فى اليوم إلى مرة واحدة أسبوعياً بعد ثلاثة أسابيع من التعرض الذاتى ، وقد تناقص القلق المرتبط بها من ٩٥ إلى ٥٠ على مقياس الشعور بالضيق أو أقل . أما عن الوساوس المرتبطة بالجراثيم ، فقد تكرر حدوث تلك المخاوف المرتبطة ببراز الكلاب فقط ، وظلت المخاوف من دورات المياه العامة والحيوانات النافقة منخفضة ، وشعر المعالج أن الخوف من براز الكلاب لم ينل الاهتمام الكافى أثناء العلاج . ولعلاج عودة هذا الخوف ، كانت المريضة تتردد ثلاث مرات أسبوعياً فى جلسات تعرض لمدة ساعة للجلسة ، وقد لمست فيها آثار مخلفات الطيور على الطريق ، وسارت بجوار براز الكلاب وفى النهاية داست عليه . وكانت الواجبات المنزلية تشمل الذهاب إلى الحدائق العامة ، والسير فى الطرقات ، دون النظر إلى ما تحت قدميها ، والدوس على براز الكلاب والدوس على العشب حيث تواجدت الكلاب . وقد استمر العلاج لمدة أربعة أسابيع ، وخفض إلى مرتين أسبوعياً لمدة ثلاثة أسابيع أخرى ، وبعد هذا كانت المريضة تتردد على العيادة مرة أسبوعياً لمدة ستة أسابيع قامت خلالها بتعرض

ذاتى وتعاملت مع انشغالاتها اليومية وقد ادت تغطية اعلامية حول الامراض الجلدية إلى قليل من القلق حول دورات المياه العامة ولكنه انتهى بعد عدة أيام .

وفى المحادثة التالية ، استعرض المعالج مع المريضة تقدمها فى جلسة متابعة بعد الشهر التاسع :

المعالـج : أريد أن أعرف حالك الآن بالمقارنة بحالك منذ تسع شهور مضت ، عندما حضرت إلى هنا ؟

المريض : بالتأكيد أننى أفضل كثيراً . ولكن لازلت أمر ببعض أيام سيئة يسيطر فيها علىّ القلق على شىء ما وتنخفض معنوياتى . ولكن عندما أتذكر مقدار انزعاجى فى الصيف الماضى وتكرار الاغتسال أشعر بالتحسن الكبير فأنا أفضل بنسبة ٨٠٪ تقريباً . ولست مستعدة أن أصبح ممرضة طابق حتى الآن ، ولكن العمل الذى حصلت عليه بعد العلاج جيد ، وعلاقتى بزوجى على ما يرام باستثناء حساسيته عندما تعود إلىّ أحد مخاوفى . وأتمنى أن يستمع لى وأن يجاوبنى بكلمة بدلاً من أن ينظر إلى فى قلق ، وكأنه يخشى أن أرتد لحالتى السابقة . ومن الصعب أن يتناول الموضوع بحرية ، وأن كان أحياناً يتعامل معه بطريقة جيدة . والحقيقة لا استطيع الشكوى منه ؛ فقد تحمل الكثير معى فعلاً عندما كنت فى أسوأ حال فى العام الماضى وقبله .

المعالـج : يسرنى أن أسمع أنك تشعرين بتقدم كبير ، ويبدو عليك الارتياح وأنت تضحكين أكثر الآن . لا أعرف إن كنت تتذكرين ، ولكنك لم تكونى تضحكين إطلاقاً فى البداية .

المريضة : أتذكر هذا .

المعالـج : ما الذى يتبقى الآن ، العشرين فى المائة الأُخرى .

المريض : أخمن أنها الوساوس . مازال يقلقنى صدم شخص ما أثناء القيادة ، وهى عادة تستغرق أقل من ١٥ دقيقة ، ولكنها أحياناً تلح على فى بعض الامسيات .

المعالـج : كم مرة .

المريضة : مرة أو اثنين كل أسبوع ، ومازال يلح على تجنب السير على العشب فى الحدائق العامة ، ويبدو أننى مفرطة الحذر . وافعل ذلك احيانا ولكننى متنبهة لنفسى .

المعالــج : تقصدين أنه ينبغى عليك أن تذكرى نفسك بعدم تجنب براز الكلاب .

المريضة : نعم ، وأنا أميل أن أرى الأمور أبيض وأسود ولا شىء وسط . وأحياناً ينتابنى الشعور بالذنب على أشياء لا خطر منها مثل تناول الحلوى بعد وجبة كاملة . أستطيع أن أمنع نفسى ، ولكن يبدو أننى مدفوعة لعقاب نفسى أو لومها . ولكن هذه الأفكار لم تعد بالدرجة نفسها . فإنى أستمتع بالفكاهة الآن . والعمل يشغلنى ، ولذلك يمكن أن تمر أيام دون توبيخ نفسى بسبب شئ ما ، هل سأستمر على هذا الحال ؟

المعالــج : ربما إلى حد ما . أنت تعرفين أن لديك ميلاً للوسواس ، ومعظم الناس الذين يعانون من الوسواس القهرى يقولون إن الطقوس والالحاحات القهرية تتناقص أسرع من الأفكار الوسواسية . قد تنتابك أفكاراً مزعجة لفترة ولكن يمكنك أن تتوقعى أن تصبح أقل تكراراً ، إذا حرصتى على عدم محاولة السيطرة عليها عن طريق الطقوس أو تجنب الأشياء . هل تستطيعين أن تعالجى هذا الأمر ؟

المريضة : أعتقد هذا وهى لا تثير السرور ولكنى أشعر أننى أحيا حياة سوية مرة أخرى ، وأعتقد أن كل شخص لديه مشاكل يجب أن يتعامل معها .

ونادرا ما يذكر المرضى شفاءً تاماً من كل الوساوس ، ومن غير الواقعى جعل مريض يتوقع أن أربعة اسابيع من العلاج ستؤدى إلى اختفاء تام للوساوس والطقوس ، ويتعين أن يتوقع المرضى القيام بنضال مستمر ضد الوساوس والحاح الطقوس . ويتعين التدريب على استراتيجيات التغلب على هذه المصاعب الطارئة.

التعقيدات أثناء العلاج السلوكي

من الواضح أنه قد تبرز مشكلات أثناء تطبيق العلاج ، ومنع الاستجابة لمرض اضطراب الوسواس القهرى . وفيما يلى وصف لكثير منها والحلول المحتملة لها :

عدم الامتثال لتعليمات منع الاستجابة

كثيراً ما يقر مرضى الوسواس القهرى بانغماسهم فى الطقوس ، على الرغم من تعليمات منع الاستجابة . وفى معظم الحالات تمثل هذه زلات قصيرة ، ويجب أن يعالجها المعالج بتكرار شرح الهدف من نظام العلاج والحاجة لإتباع تعليمات منع الاستجابة بكل دقة ، كما قد يقدم المعالج أيضاً طرقاً لمنع تأدية الطقس (مثال ذلك اعادة التلوث أو فتح واغلاق الفرن مرارا) .

وأحياناً يبلغ المشرف عن مخالفة منع الاستجابة للمعالج . ويجب مناقشتها مع المريض ، وتأكيد أن الفشل فى الامتثال لتعليمات منع الاستجابة ستؤدى إلى فشل العلاج ، وفيما يلى مثال يوضح كيفية مناقشة مخالفة منع الاستجابة مع المريض .

«فهمت من والدك أنه فى ثلاث مناسبات فى عطلة هذا الأسبوع ، رآك تراجعين إغلاق الباب الأمامى خمس أو ست مرات قبل ترك المنزل ، وكما اتفقنا فى الجلسة الأولى اتصل بى لإبلاغى بهذا . وأنا متأكد انك تذكرين أننا أتفقنا أن تراجعى إغلاق الباب مرة واحدة فقط ، وأنه إذا قابلتك مشكلة يجب أن تناقشيها معى أو مع والدك فوراً ؛ لكى نستطيع أن نساعدك فى التغلب على الحاح ممارسة الطقس ، فهل تشرحين لى ما حدث ؟

فإذا إعترفت المريضة بالزلة واستجابت لاتفاق جديد باتباع التعليمات ، لا داعى أن يتابع المعالج الموضوع أكثر من هذا . إلا أنه إذا حدث تجاوز آخر لتعليمات منع الاستجابة ، يجب على المعالج أن يذكر المريضة مرة أخرى بقواعد العلاج والأساس المنطقى لهذه القواعد ، وأن يناقش احتمال عدم استمرار العلاج إذا لم تكن المريضة مستعدة للالتزام .

«يبدو أنك حتى الآن غير قادرة عن وقف الطقوس» . ولكى ينجح العلاج من المهم أن توقف الطقوس تماماً . وفى كل مرة تتخلصين فيها من الشعور بالضيق بممارسة الطقس ، فأنك تمنعين نفسك من إدراك أن القلق كان سيتلاشى فى النهاية دون الطقوس ، ولا تسمحين لمخاوفك الوسواسية أن تنفصل عن الكرب والقلق . وتعريض نفسك للمواقف المخيفة دون منع الطقوس لن يفيد . وإذا لم تستطيعى الالتزام بقواعد منع الطقوس بدقة اذن ينبغى أن نوقف العلاج الآن وننتظر حتى تصبحى مستعدة للالتزام بكل المتطلبات . فمن الصعب لدى الناس

مقاومة الدافع لممارسة الطقس وربما لا تكونى مستعدة بعد وربما تكونى أكثر قدرة على ذلك فى المستقبل . ومن الأفضل أن نوقف العلاج الآن بدلاً من الاستمرار فى ظروف تجعله بلا فائدة ؛ فإن هذا سيزيد يأسك من احتمال التقدم فى المستقبل» .

وكما سبق أن أوضحنا ، أحياناً يستبدل المرضى الطقوس المحددة بأنماط تجنب أقل وضوحاً ؛ فعلى سبيل المثال قد يستخدم مريض لوسيون اليد للتطهير بدلاً من الغسل الزائد عن الحد الذى كان يقوم به . وإذا حدث هذا يجب على المعالج أن يوجه المريض ليمتنع عن الطقس الجديد ، وهناك أمثلة أخرى لطرق احلال طقوس جديدة مثل تنظيف اليدين بفرشاه أو تبخير الجراثيم ، كما أن الافراط فى المراجعة يستبدل به القاء نظرة سريعة والأسئلة المباشرة للمريض لتقديم هذه المعلومات يمكن أن تكون كالآتى :

«الآن وقد امتنعت عن طقوس الغسيل ، هل وجدت أنك تفعل أشياءً أخرى لتخفف قلقك ؟ فعلى سبيل المثال بعض الناس يبدأون فى مسح أيديهم بالمناديل كبديل للغسل بالماء والصابون ، فهل تفعل شيئاً كهذا ؟

أذا كان الرد بالإيجاب ، يجب على المعالج أن يصنف هذه السلوكيات الجديدة كطقوس ، وأن يوجه المريض لعدم الانغماس فيها بالطريقة نفسها التى يقاوم بها الدفعات القهرية الأخرى .

استمرار التجنب السلبي

قد يستمر بعض الأفراد الذين ينفذون التعرض المطلوب دون ممارسة الطقوس فى ممارسة التجنب السلبى ، دون أن يبلغوا عن ذلك ، ودون أن يلاحظوا ذلك أحياناً . فعلى سبيل المثال قد ينفذ المريض وضع الملابس الملوثة فى صوان الملابس ، ولكنه يحرص على ألا تلمس الملابس الملوثة الملابس النظيفة ، وهذا التجنب يعكس اتجاهاً مناقضاً نحو العلاج ، ويعوق تعود القلق للمواقف المخيفة . ولأن هذا ينبىء بالفشل فإن استمرار التجنب السلبى يتطلب من المعالج والمريض أن يعيدا تقويم موضوع الاستمرار فى العلاج .

المعالــج : دعينا نتأكد أنك تنفذين الواجبات المنزلية كما يجب . أعلم أنك تواجهين مشكلة فى وضع الملابس الداخلية المتسخة مع باقى الملابس المتسخة . كيف الحال الآن ؟

المريضة : حسنا ، لقد كنت أخشى أن تسألنى هذا السؤال فلم أستطع خلطها حتى الآن ، وأخاف ذلك جداً .

المعالــج : لقد ناقشنا هذا من عدة أيام ، وطلبت منك أن تنفذى ذلك فى تلك الليلة. وكان الأفضل لو أخبرتينى فى اليوم التالى بعجزك عن التنفيذ ، وأطلب منك أن تحضرى معك غداً بعض الملابس المتسخة وبعض الملابس النظيفة احضرى ملابس متسخة داخلية وخارجية فى حقيبتين منفصلتين وسنخلطهما معاً هنا . هل هناك أشياء أخرى تتجنبيها ، ولم تخبرينى عنها ؟

المريضة : لا أظن .

المعالــج : أريدك أن تنتبهى جيداً لما تفعلينه ومالا تفعلينه ، واكتبى قائمة بما تتجنبينه خاصة الأشياء المفروض أن تنفذيها للعلاج . ومن المهم جداً ألا تحمى نفسك بتجنب مواقف الكرب ؛ لأنك إذا لم تواجهى هذه المواقف لن تتحسن أعراض الوسواس القهرى . فلنحاول مرة أخرى ، ولكن إذا عجزت عن مواجهة هذه المواقف دون تجنب ، ربما يكون من الأفضل أن نؤجل العلاج إلى وقت آخر ، وتكونين مستعدة فيه للالتزام ببرنامج العلاج .

الجــــدل

من المغرى أحياناً مجادلة المرضى فيما يجب وما لا يجب أن يفعلوه أثناء العلاج . ولتجنب هذا يجب على المعالج والمريض أن يتفقا على قواعد أساسية قبل بدء برنامج العلاج المكثف ؛ ويجب على المريض أن يوافق على اتباع خطة العلاج التى تفاهم عليها مع المعالج ، وأن يعرض نفسه للمواقف المسببة للشعور بالكرب دون مناقشة . وإذا اكتشفت مواقف مخيفة أخرى ، يجب أن تناقش وأن يوضع لها برنامج تعرض جديد . وإذا حاول المريض تعديل خطة التعرض ، يجب على المعالج أن يتعاطف مع شعور المريض بالضيق ، ويستفسر عن أسباب تردده ، وأن يشجع المريض على الإقدام على العلاج بالطريقة الآتية .

المعالج : «أنا آسف إن الجلوس على الأرض يسبب لك مشكلة . أعرف أن هذا صعب وأنك خائف ، ولكن لن يفيد فى شىء تأجيل التعرض ليوم آخر أو إلغائه . فأنت تحتاج فعلاً للمس الأرض وقد اتفقنا على ان اليوم هو يوم

لمس الأرض ولن اخدمك إذا سمحت لك بتجنب الأمر ، ولذلك هيا ننفذه الآن ، وتذكر أننى موجود هنا لمساعدتك إذا أصابك أى انزعاج» .

وفى بعض الاحيان يمكن التغلب على المشكلات بتعريض المريض لأشياء مشابهة ، أولاً تولد مستوى أقل من الكرب ، فعلى سبيل المثال إذا كان المريض يرفض لمس مقعد المرحاض ، يمكن للمعالج أن يطلب منه أن يلمس أرضية الحمام أو باب الحمام أولاً إلى أن يتدرج إلى مقعد المرحاض نفسه .

الإجهاد الوجداني

أحياناً يسيطر على المريض أثناء العلاج شعور عام بالخوف أو أى انفعال آخر لا يرتبط مباشرة بأعراض اضطراب الوسواس القهرى . فعلى سبيل المثال قد يضطرب المريض لحادثة حديثة (موت قريب مثلاً) أو لمخاوف مواجهة خطط المستقبل (الاستقلال فى المعيشة أو الحصول على وظيفة) . وفى وجود هذا الاضطراب الشديد لا ينصح بتطبيق تدريبات التعرض ؛ لأنه من المستبعد أن يواظب المريض على التعرض للمثير ، كما يجب . وبذلك لا يمكن تعود القلق . وبدلا من ذلك على المعالج أن يناقش الموقف المكدر مع المريض ، وأن ينفذ التعرض عندما يهدأ المريض . وفى حالات نادرة يؤجل التعرض وإذا حدث ذلك عدة مرات ، فقد يكون من الأفضل وقف العلاج إلى أن تنتهى الأزمة .

ردود فعل غير قلقة للتعرض

أحياناً يستجيب المريض للتعرض بانفعالات غير القلق أو الكرب ، مثل : الغضب أو الاكتئاب . وتشير الملاحظات الإكلينيكية إلى أن الغضب يكون أحياناً وسيلة للمريض لتجنب الكرب أو القلق ، وهو هدف التعرض . وإذا حدث هذا ، فيعد الغضب نوعاً من التجنب ، ويجب أن يركز المعالج على الجوانب المسببة لقلق المريض فى الموقف ، ويبين للمريض أن الغضب سوف يعوق التقدم .

وأحياناً ، عندما يتعرض المرضى أثناء التعرض التخيلى إلى النتائج المخيفة لسلوكهم ، فإنهم يصابون بالاكتئاب ، الذى يقلل من كفاءة العلاج مثل الغضب. ويحتاج المعالج أن يوجه المريض إلى التركيز على الرموز المثيرة للقلق ، ويمكن أن يتم ذلك بتوجيه محتوى التعرض التخيلى بعيداً عن النتائج المخيفة وإلى رموز التهديد الخارجى . وفى بعض الحالات لا يفيد إعادة التوجيه هذا فى حل المشكلة ، ويستمر المريض فى إظهار رد فعل إكتئابى تجاه التعرض ، وإذا حدث

هذا ، يجب وضع سيناريوهات أخرى لا تثير الاكتئاب .

المخاوف والطقوس الطارئة

كما سبق أن ذكرنا ، أحياناً ما تتكون مخاوف أو طقوس «جديدة» لدى المريض أثناء العلاج . وغالباً ما تكون مكونات هذه الأعراض الجديدة مرتبطة بالمخاوف الأصلية ، ويمكن علاجها باستخدام تعليمات التعرض ومنع الاستجابة التى سبق تقديمها عن هذه المخاوف . مثال ذلك تلى التطبيق الناجح لمنع الاستجابة للغسل القهرى ليدى السيد «ف» ان بدأ فى مسح يديه معا لكى يخلصهما من التلوث ، وقد حدد معالجة هذا باعتباره شكل اخر من الطقوس وطلب منه أن يقاوم ذلك الالحاح لمسح يديه ببعضهما ، وبدأ السيد «ف» بعد ذلك فى مسح اصابعه بصورة غير ظاهرة لتنظيف يديه وخفض توتره . وطلب منه أن يوقف هذا الطقس كما فعل مع غيره واخيرا نجح فى ذلك .

وقد ترتبط بعض المخاوف الطارئة بالمخاوف الأصلية لدى المريض بصورة غير واضحة . فعلى سبيل المثال ، الخوف الذى ظهر لدى مريضتنا من صدم شخص ما أثناء قيادة السيارة ، لم يكن له ارتباط واضح بالتلوث ، وكثيراً ما يؤدى الاستمرار فى التقويم إلى إكتشاف صلة ما فى المفهوم بين الخوفين . ففى حالة «چين» كان خوفها من التعرض للوم لتسببها فى مرض أو موت شخص ما ، وانشغالها بفكرة أن يحكم عليها الناس أنها إنسانة سيئة ؛ لأنها قتلت شخصاً أو لأن رائحة براز الكلاب كانت تفوح منها ، قد يكون هو الصلة بين الخوفين . وفى مثل هذه الحالات ، من المهم أن يرتب المعالج تعرضات تشمل رموزاً لهذا الخوف عموماً ، ويمكن لمعالج «چين» أن يبتكر تعرضات تخيلية ، تشمل صوراً للناس ينتقدونها أو يلومونها على تسببها فى موت إنسان .

رد فعل العائلة

لأن أفراد العائلة خبروا سنوات من الإحباط مع أعراض المريض ، فلن يكون من المستغرب أن يظهر بعضهم نفاذ صبر ، وأن يتوقعوا أن يسير العلاج فى يسر ، وأن ينتهى إلى اختفاء الأعراض تماماً . ومن الشائع أن يظهر بعض أفراد العائلة خيبة الأمل أو الغضب ، عندما يرون أن الأعراض لا تختفى بالسرعة المطلوبة . وفى مثل هذه الحالة ، على المعالج أن يؤكد لأفراد العائلة أن ردود الفعل القلقة القوية المؤقتة متوقعة ، وأنها لا تدل على الفشل . ويجب تشجيع العائلة

على الاستجابة بهدوء ، وأن يدعموا المريض فى نوبات القلق .

وكثيراً ما تكون العائلة قد كونت أنماطاً من السلوك ، مقصود بها مساعدة مريض الوسواس القهرى على تجاوز كدره . وقد يستمر بعض أفراد العائلة فى هذه الأنماط : إما كمحاولة لوقاية المريض من المواقف المسببة للاضطراب ، أو لأنه من الصعب تغيير العادات التى رسخت على مدى سنوات استجابة لطلبات المريض مثال ذلك السيد «ب» الذى كان معتادا على دخول منزله من باب البدروم ثم يخلع ملابسه على الفور ويستحم من أجل زوجته ، فقد طلب منه دخول المنزل من الباب الأمامى ويلقى بمعطفه على الاريكة . وبالمثل قد يجد أفراد العائلة أنفسهم مضطرين للاستمرار فى أداء أنشطة منزلية متنوعة ، وعدوًا أنفسهم مسئولين عنها بسبب رغبة المريض فى تجنب الكرب الذى تسببه هذه الأنشطة مثال ذلك أن السيد «ب» كان مسئولا عن إعداد كل وجبات طعام الأسرة لأن زوجته كانت متكدرة من احتمال تلويثها الطعام.

ولأن هذه الأنماط قد تعوق العلاج ، يجب على المعالج أن يسأل المريض عن هذه العادات ويسأل أفراد عائلته ، ويصف لهم السلوك البديل المناسب ، الذى يصل بالمريض للتعرض لأقصى درجة من الكدر ، ويقلل التجنب إلى أقصى حد.

الحياة دون أعراض

فى نهاية العلاج ، يجد كثيرون من المرضى بالوسواس القهرى أنفسهم يعانون من فراغ فى روتين حياتهم اليومية ؛ فالوقت الذى كانت الطقوس تستهلكه قد توفر مما يجعلهم فى حيرة . ويجب على المعالج أن يكون حساساً لهذه المسائل، وأن يساعد فى التخطيط لأهداف اجتماعية أو مهنية جديدة تنجز بعد العلاج ، وإذا لزم الأمر ، يرتب المعالج جلسات إضافية ، أو يحيل المريض إلى معالج اخر يركز على مشكلات التأهيل .

ولأن المرضى قضوا سنوات يمارسون الطقوس ، فقد تغيب عنهم مكونات السلوك السوى ، لذلك يجب على المعالج أن يقدم توجيهات عن الاغتسال السوى والمراجعة والتكرار . وإذا كانت الطقوس لا تزال موجودة على المعالج أن يعطى التعليمات باستمرار منع الاستجابة لبعض أنواع السلوك ؛ لكى يساعد فى الحفاظ على مكاسب العلاج . كما قد يتولد لدى المريض خوف من عودة أعراض الوسواس القهرى ، وهنا يجب على المعالج أن يؤكد للمريض أن غسل الأيدى مرة واحدة زائدة ليست إشارة إلى بدء الانتكاسة .

خـــاتمة

إن برنامج العلاج الذى قدمناه فى هذا الفصل يؤدى إلى تحسن ملحوظ لمعظم مرضى الوسواس القهرى ، وقد ظهر تحسن ملحوظ على أكثر من ٩٠٪ من المرضى بعد العلاج مباشرة ، كما أعطى تحسناً طويل المدى لحوالى ٧٥٪ من المرضى بالنسبة لأعراض الوسواس القهرى . وتساعد برامج المتابعة التى تتضمن الحد الأدنى للإتصال بالمعالج شخصياً أو بالتليفون فى الحفاظ على مكاسب العلاج، ولذلك يجب تطبيقها كلما أمكن . وتوضيح طريقة تطبيق العلاج السلوكى المكثف أفاد فى حالة الاغتسال المتكرر ؛ لأن برنامج العلاج للاغتسال المتكرر أبسط من برنامج علاج المرضى بالمراجعة أى مراجعة ما يصدر عنهم وحولهم من أنشطة ولكن نتائجه مع المرضى بالمراجعة ليست أقل نجاحاً . إلا أن وضع خطة علاجية لهم يتطلب نوعا من الأصالة ، فعلى سبيل المثال كان تدريب منع الاستجابة لأحد المرضى بالمراجعة ، كان يراجع (يفحص الطعام) خوفاً من وجود أجسام صلبة به (مثل قطع من الزجاج) ، قد تجرحه هو أن يأكل وهو معصوب العينين ، وكذلك عولجت المريضة الذى تخشى أن تكتب أن شريك حياتها لديه شذوذ جنسى ، بأن طلب منها أن تكتب أن جيرى سميث لديه شذوذ جنسى على ورقة بيضاء وتلقيها فى الأماكن العامة .

وفى هذا الفصل تناولنا ما نعده العلاج الأمثل للوسواس القهرى ، وهو العلاج المكثف لفترة قصيرة يتبعها من ٨ إلى ١٠ جلسات أسبوعية عند الحاجة . والجهود المركزة اللازمة خلال فترة العلاج المكثف قد لا تتوفر للمعالج فى العيادة، وربما يكفى ثلاث جلسات فى الأسبوع لتحقيق النتائج المطلوبة . ونستطيع أن نقول من خبرتنا أن جلسة واحدة أسبوعية لا تكفى . والمعالج الذى تتاح له ست ساعات كل أسبوع . لا يكون عمله مجديا ويمكن أن يستعين بمتخصصين فى تدريبات التعرض الواقعى . والحل البديل هو أن يشترك إثنان من المعالجين فى فترة العلاج المكثف ، وأن يقوم احدهما بالتنسيق .

ومع أن معظم المرضى يظهرون تحسناً بعد التعرض ومنع الاستجابة مباشرة ، فإن حوالى ٢٠٪ ينتكسون . وتبين بيانات دراساتنا أن المعرضين لأكبر خطر للانتكاس ، هم أولئك الذين تحسنوا تحسناً متوسطاً فى نهاية العلاج (Foa et al., 1983 a) ؛ ولذلك يجب أن يطمح المعالج إلى تحقيق الحد الأقصى من التحسن لأعراض المريض. ويجب وصف علاج مكثف إضافى للمرضى الذين يحققون

الحد الأدنى من التحسن ، ومن ناحية أخرى يجب وقف العلاج المكثف بالنسبة للمريض ، الذى لا يظهر تحسناً مع الجلسات الاضافية .

والمتغير الذى يبدو مرتبطاً بالانتكاس هو عدم وجود متابعة كافية . ويمكن توفير هذه المتابعة للمريض فى شكل اتصالات متفرقة بالمعالج ، الذى اشرف على العلاج المكثف والاشتراك فى مجموعة تدعيم أو التحويل إلى معالج آخر على دراية بالعلاج السلوكى للوسواس القهرى ، ويجب أن تركز المتابعة على التعزيز المنظم لأسلوب حياة خال من الطقوس ، ومساعدة المريض على التغلب على العقبات فى أداء لوظائفه العادية .

ومع أن العلاج السلوكى المكثف ناجح تماماً فى علاج أعراض مرضى الوسواس القهرى ، يجب أن نسجل أن ٢٥ ٪ من المرضى الذين لجأوا إلينا رفضوا الإشتراك فى هذا البرنامج ، وأن ١٠ ٪ لم يستفيدوا منه ، فالرضا بهذا العلاج لايلقى تبريرا كافيا بهذه الأساليب . ويلزم ابتكار أساليب أخرى لزيادة الدافع وتطوير العلاج الموجود حالياً.

REFERENCES

Allen, J. J., & Tune, G. S. (1975). The Lynfield Obsessional-Compulsive questionnaire. *Scottish Medical Journal, 20,* 21-24.

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and stsistical manual of mental desorders* (1st ed.) Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3/1/93.* Washington, DC: Author.

Ballintine, H. T., Bouckoms, H. A., Thomas, E. K., & Giriunas, I. E. (1987). Treatment of psychiatric illness by stereotactic singulotomy. *Biologecal psychiatry, 22,* 807-809.

Baxter, L. R., Phelps, M. E., Maziotta, J. C., Guze, B. H., Schwartz, J. M., & Selin, C. E. (1987). Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive and compulsive disorder: A comparison with rates in unipolar depression and normal controls. *Archives of General Psychiatry, 44,* 211-218.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Beech, H. R., & Vaughn, M. (1978). *Behavioral treatment of obsessive ststes.* New York: Wiley.

Behar, D., Rapoport, J. L., Berg, C. J., Denckla, M., Mann, L., Cox, C., Fedio, P., Zahn, T., & Wolfman, H. (1984). Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 141,* 363-369.

Black, A. (1974). The natural history of obsessional neurosis. In H. R. Beech (Ed.), *Obsessional states.*. London: Methuen.

Boulougouris, J. C., Rabavilas, A. D., & Stefanis, C. (1977). Psycho-physiological responses in obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy, 15,* 221-230.

Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin, 81,* 311-318.

Charney, D. S., Goodman, W. K., Price, L. H., Woods, S. W., Rasmussen, S. A., & Heninger, G. R. (1988). Serotonin function in obsessive-compulsive disorder. A comparison of the effects of tryptophan and m-chlorophenylpiperazine in patients and healthy subjects. *Archives of General Psychiatry,*

45, 177-185.

Cooper, J. E., Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1965). Results of behaviour therapy in 77 psychiatric patients. *British Medical Journal, 1*, 1222-1225.

Cottraux, J., Mollard, E., Bouvard, M., Marks, I., Sluys, M., Nury, A. M., Douge, R., & Ciadella, P. (1990). A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology, 5*, 17-30.

Cox, C. S., Fedio, P., & Rapoport, J. L. (1989). Neuro-psychological testing of obsessive-compulsive adolescents. In J. L. Rapoport (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

DeVeaugh-Geiss, J., Landau, P., & Katz, R. (1989). Treatment of OCD with clomipramine. *Psychiatric Annals, 19*, 97-101.

Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning thinking and culture.* New York: McGraw-Hill.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle Stuart.

Emmelkamp, P. M. G., & Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: Acomparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 29*, 293-300.

Emmelkamp, P. M. G., de Haan, E., & Hoogduin, C. A. L. (1990). Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry, 156*, 55-60.

Emmelkamp, P. M. G., & Kwee, K. G. (1977). Obsessional ruminations: A comparison between thought-stopping and prolonged exposure in imagination. *Behaviour Research and Therapy, 15*, 441-444.

Emmelkamp, P. M. G., & van Kraanen, J. (1977). Therapist-controlled exposure *in vivo:* A comparison with obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy, 15*, 491-495.

Emmelkamp, P. M. G., Visser, S., & Hoekstra, R. J. (1988). Cognitive therapy vs. exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 103-114.

Esquirol, J. E. D. (1838). *Des maladies mentales* (Vol. 2). Paris: Bailliere.

Flament, M. F., Rapport, J. L., Berg, C. J., Sceery, W., Kilts, C., Mellstram, B., & Linnoila, M. (1985). Clomipramine treatment of Childhood obsessive compulsive disorder: A double-blind controlled study. *Archives of General Psychiatry, 42*, 977-983.

Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy, 16*, 391-399.

Foa, E. B., & Charmbless, D. L. (1978). Habituation of subjective anxiety during flooding in imagery. *Behaviour Research*

and Therapy, 16, 391-399.

Foa, E. B., Grayson, J. B., & Steketee, G. (1982). Depression, habituation and treatment outcome in obsessive-compulsives. In J. C. Boulougouris (Ed.), *Pratical applications of learning theories in psychiatry.* New York: Wiley.

Foa, E. B., Grayson, J. B., Steketee, G., & Doppelt, H. G. (1983a). Treatment of obsessive-compulsives: When do we fail ? In E. B. Foa & P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy.* New York: Wiley.

Foa, E. B., Grayson, J. B., Steketee, G. S., Doppelt, H. G., Turner, R. M., & Latimer, P. R. (1983b). Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Constlting and Clinical Psychology, 51,* 287-297.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1985). Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (in press). Report on the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. In *DSM-IV source book.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1991). DSM-IV in progress: Diagnostic criteria for obsessive-compulsive disorder. *Hospital and Community Psychiatry, 42,* 679-684.

Foa, E. B., Kozak, M. J., Steketee, G., & McCarthy, P. R. (1992). Treatment of depressive and obssive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behavior therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 31,* 279-292.

Foa, E. B., Steketee, G. Grayson, J. B., Turner, R. M., & Latimer, P. (1984). Deliberate expoure and blocking of obsessive-compulsive rituals : immediate and long-term effects. *Behavior Therapy, 15,* 450-472.

Foa, E. B., Steketee, G. S., Kozak, M. J., & Dugger, D. (1985). *Effects of imipramine on depression and on obsessive-compulsive symptoms.* Paper presented at the European Association for Behavior Therapy, Munich, Federal Republic of Germany.

Foa, E. B., Steketee, G. S., & Milby, J. B. (1980). Differential effects of exposure and response prevention in obsessive-compulsive washers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48,* 71-79.

Foa, E. B., Steketee, G. S., & Ozarow, B. (1985). Behavior therapy with obsessive-compulsives: From Theory to treatment. In M. Mavissakalian (Ed.), *obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment.* New York: Plenum Press.

Foa, E. B., Steketee, G., Turner, R. M., & Fescher, S. C. (1980). Effects of imaginal exposure to feared disasters in obsessive-compulsive checkers. *Behavi-*

our Research and Therapy, 18, 449-455.

Foa, E. B., & Tillmanns, A. (1980). The treatment of obsessive-compulsive neurosis. In A. Goldstien & E. B. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral interventions: A clinical guide.* New York: Wiley.

Foa, E. B., & Wilsom, R. (1991). *stop obsessing: How to overcome your obsessions and compulsions.* New York: Bantam.

Fontaine, R., & Chouinard, G. (1985). Fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive desorder. *Progress in Neuropsychophamacology and Biological Psychiatry, 9,* 605-608.

Freund, B. (1986). *Comparison of measures of ' obsessive-compulsive symptomatology: Rating scales of syumptomatology and standardized assessor and self-rated.* Unpublished doctoral dissertation, Southern Illinois University, Carbondale.

Freund, B., Steketee, G., & Foa, E. B. (1985). *Comparison of obsessive- compulsive symptomatology measures: Standardized versus global rating scales, assessor-versus self-rated.* Unpublished manuscript.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown obsesive-Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46,* 1006-1011.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. II Validity. *Archives of General Psychiatry, 46,* 1012-1016.

Greist, J. H. (1990). Treatment of obsessive-compulsive disordr: Psychotherapies, drugs, and other somatic treatments. *Journal of Clinical Psychiatry, 51,* 44-50.

Head, D., Bolten, D., & Hymas, N. (1989). Deficit in cognitive shifting in patients with obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry, 25,* 929-937.

hembree, E. A., Cohen, A., Riggs, D. S., Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1992). *The long-term efficacy of behavior therapy and serotonergic medications in the treatment of obsessive-compulsive ritualizers.* Unpublished manuscript.

Hiss H., Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1992). *A relapse prevention program for treatment of obsessive-compulsive disorder.* Unpublished manuscript.

Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1972). The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behaviour Research and Therapy, 10,* 111-117.

Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy, 15,* 389-395.

Hodgson, R. J., Rachman, S., & Marks, I. M. (1972). The treat-

ment of chronic obsessive-compulsive neurosis: Follow-up and further findings. *Behaviour Research and Therapy, 10,* 181-189.

Hornsveld, R. H. J., Kraaimaat, F. W., & van Dam-Baggen, R. M. J. (1979). Anxiety/discomfort and handwashing in obsessive-compulsive and psychiatric control patients. *Behaviour Research and Therapy, 17,* 223-228.

Hudson, J. I., Pope, H. G., Yorgelun-Todd, D., Jonas, J. M., & Frankenburg, F. R. (1987). A controlled study of anorexia nervosa and obsessive nervosa. *British Journal of Psychiatry, 27,* 57-60.

Insel, T. R., & Akiskal, H. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenologic analysis. *American Journal of Psychiatry, 12,* 1527-1533.

Insel, T. R., Donnelly, E. F., Lalakea, M. L., Alterman, I. S., & Murphy, D. L. (1983). Neurological and neuropsychological studies of patients with obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry, 18,* 741-751.

Insel, T. R., Mueller, E. A., Alterman, I. S., Linnoila, M., & Murphy, D. L. (1985). Obsessive-compulsive disorder and serotonin: Is there a connection? *Biological Psychiatry, 20,* 1174-1188.

Insel, T. R., Murphy, D. L., Cohen, R. M., Alterman, I. S., Kilts, C., & Linnoila, M. (1983). Obsessive-compulsive disorder: A double-blind trial of clomipramine and clorgyline. *Archives of General Psychiatry, 40,* 605-612.

Jenike, M., Baer, L., Minichiello, W., Schwartz, C., & Carey, R. (1986). concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 143,* 530-532.

Jenike, M. A., Buttolph, L., Baer, L., Ricciardi, J., & Holland, A. (1989). Open trial of fluoxetine in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 146,* 909-911.

Joffe, R. T., & Swinson, R. P. (1991). *Biological aspects of obsessive-compulsive disorder.* Paper prepared for the DSM-IV committee on obsessive-compulsive disorder.

Karno, M. G., Golding, J. M., Sorensen, S. B., & Burnam, A. (1988). The epidemiology of OCD in five U.S. communities. *Archives of General Psychiatry, 45,* 1094-1099.

Kasvikis, Y. C., Tsakiris, F., Marks, I. M. Basoglu, M., & Noshirvani, H. F. (1986). Past history of anorexia nervosa in women with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders, 5,* 1069-1075.

Kazarian, S. S., Evans, D. R., & Lefave, K. (1977). Modification and factorial analysis of the Leyton obsessional Inventory. *Journal of Clinical Psychology, 33,* 422-425.

Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1990). Treatment of an adolescent with obsessive-compulsive disorder by alternating response prevention and cognitive therapy: An empirical analysis. *Juornal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 21,* 39-47.

Kenny, F. T., Mowbray, R. M., & Lalani, S. (1978). Faradic disruption of obsessive ideation in the treatment of obsessive neurosis: A controlled study. *Behavior Therapy, 9,* 209-221.

Kenny, F. T., Solyom, L., & Solyom, C. (1973). Faradic disruption of obsessive ideation in the treatment of obsessive neurosis: *Behavior Therapy, 4,* 448-451.

Laessle, R. G., Kittl, S., Fichter M. M., Wittchen, H., & Pirke, K. M. (1987). Major affective disordr in anorexia nervosa and bulimia: A descriptive diagnostic study. *British Journal of Psychiatry, 151,* 785-789.

Lang, P. J. (1979). A bioinformational theory of emotional imagery. *Psychophysiolgy, 6,* 495-511.

Leckman, J. F., & Chittenden, E. H. (1990). Gilles de la Tourette's syndrome and some forms of obsessive-compulsive disorder may share a common genetic diathesis. *L'Encephale, XVI,* 321-323.

Lelliott, P. T., Noshirvani, H. F., Basoglu, M., Marks, I. M., & Monterio, W. O. (1988). Obsessive-compulsive beliefs and treatment outcome. *Psycholocgical Medicine, 18,* 697-702.

Marks, I. M. (1977). Recent results of behavioral treatments of phobias and obsessions. *Journal of Internal Medicine Research, 5,* 16-21.

Marks, I. M., Hallam, R. S., Connelly, J., & Philpott, R. (1977). *Nursing in behavioual psychotherapy.* London: Royal College of Nursing of the United Kingdom.

Marks, I. M., Lelliott, P., Basoglu, M., Noshirvami, H., Monteiro, W., Cohen, D., & Kasvikis, Y. (1988). Clomipramine self-exposure, and therapist-aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry, 152,* 522-534.

Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J., & McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals-I. *British Journal of Psychiatry, 136,* 1-25.

McCarthy, P., & Foa, E. B. (1990). Treatment interventions for obsessive-compulsive disorder. In M. Thase, B. Edelstein, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of outpatient treatment of adults. New York:* Plenum Press.

McFall, M. E., & Wollershiem, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research, 3,* 333-348.

Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behavior Research and Therapy, 4,* 273-

280.

Meyer, V., & Levy, R. (1973). Modification of Behavior in obsessive-compulsive desorders. In H. E. Adams & P. Unikel (Eds.), *Issues and trends in behavior therapy*. Springfield, IL: C. C. Thomas.

Meyer, V., Levy, R., & Schnurer, A. (1974). A behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders. In H. R. Beech (Ed.), *obsessional ststes*. London: Methuen.

Minichiello, W. E., Baer, L., & Jenike, M. A. (1987). Schizotypal personality disorder: A poor prognostic indicator for behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety Disorders, 1,* 273-276.

Mowrer, O. A. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforming agent. *Psychological Review, 46,* 553-565.

Mowrer, O. A. (1960). *Learning theory and behavior.* New York: Wiley.

O'sullivan, G., Noshirvani , H., Mrks, I., Monteiro, W., & Lelliott, P. (1991). Six-year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 52,* 150-155.

Pato, M. T., Zohar-Kadouch, R., Zohar, J., & Murphy, D. L. (1988). Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 145,* 1521-1525.

Pauls, D. L. (1989). *The inheritance and expression of obsessive-compulsive behaviors.* Proceedings of the American Psychiatric Association,, San Franciso, CA.

Pauls, D. L., Towbin, K. E., Leckman, J. F., Zahner, G. E., & Cohen , D. J. (1986). Gelles de la Tourette's Syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry, 43,* 1180-1182.

Perse, T. (1988). Obsessive-compulsive disorder: A treatment review. *Journal of Clinical Psychiatry, 49,* 48-55.

Perse, T., Griest, J. H., Jefferson, J. W., Rosenfeld, R., & Dar, R. (1987). Fluvoxamine treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 144,* 1543-1548.

Philpott, R. (1975). Recent advances in the behavioral measurement of obsessional illness: Difficulties common to these and other instruments. *Scottish Medical Journal, 20,* 33-40.

Price, L. H,., Goodman, W. K., Charney, D. S., & Heninger, G. R. (1987). Treatment of severe obsessive-compulsive disorder with fluvoxamine. *American Journal of Psychiatry, 144,* 1059-1061.

Rabavilas, A. D., & Boulougouris, J. C. (1974). Physiological accompaniments of ruminations, flooding and thought-stopping in obsessive patients. *Behaviour Research and therapy, 12,* 239-

243.

Rabavilas, A. D., Boulougouris, J. C., & Perissaki, C. (1979). Therapist qualities relat to outcome with exposure *in vivo* in neurotic patients. *Journal of Behvior Therapy and Experimental Psychiatry, 10,* 293-299.

Rabavilas, A. D., Boulougouris, J. C., & Stefanis, C. (1976). Duration of flooding sessions in the treatment of obsessive-comphlsive patients. *Behaviour Reseasrch and Therapy, 14,* 349-355.

Rachman, S., & DeSilva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research and Therapy, 16,* 233-248.

Rachman, S., DeSilva, P., & Roper, G. (1976). The spontaneous decay of compulsive urges. *Behaviour Research and Therapy, 14,* 445-453.

Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obessions and Compulsions.* Englewood Cliffs, NJ: Printice-Hall.

Rachman, S., Marks, I. M., & Hodgson, R. (1973). The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modelling. *Behaviour Research and Therapy, 8,* 383-392.

Rachman, S., Wilson, G. T. (1980), *The effects of psychological therapy.* Oxford, England: Pergmon Press.

Rapoport, J. L. (1991). Recent advances in obsessive-compulsive desorder. *Neuropsychopharmacology, 5,* 1-10.

Rapoport, J. L., & Wise, S. P. (1988). Obsessive-compulsive disorder: Evidence for basal ganglia dysfunction. *Psychopharmacology Bulletin, 24,* 380-384.

Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals, 19,* 67-73.

Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1990). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 51,* 10-14.

Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical Characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive desorder. *American Journalof Psychiatry, 1943,* 317-382.

Reed, G. E. (1985). *Obsessional experience and compulsive behavior: A cognitive structural approach.* Orlando, FL: academic Press.

Riggs, D. S., Hiss, H., & Foa, E. B. (1992). Marital distress and the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 23,* 585-597.

Roper, G., & Rachman, S. (1976). Obsessional-compulsive checking:Experimental replication and development. *Behaviour Research and Therapy, 14,* 25-32.

Roper G., Rachman, S., & Hodgson, R. (1973). An experiment on obsessional checking. *Behaviour Reserch and Therapy, 11,* 271-277.

Salkovskis, P. M. (1985). Obsession-

al compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy, 23,* 571-583.

Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1985). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder: Treating treatment failures. *Behavioral Psychotherapy, 13,* 243-255.

Schilder, P (1938). The organic background of obsessions and compulsions. *American Journal of Psychiatry, 94,* 1397.

Sher, K. J., Frost, R. O., Kushner, M., Crews, T. M., & Alexander, J. E. (1989). Memory deficits in compulsive checkers: a replication and extension in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy, 27,* 65-69.

Sher, K. J., Frost, R. O., & Otto, R. (1983). Cognitive deficits in compulsive checkers: An exploratory study. *Behaviour Research and Therapy, 21,* 357-364.

Stanley, M. A., Turner, S. M., & Borden, J. W. (1990). Schizotypal features in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 31,* 511-518.

Steketee, G. S., Foa, E. B., & Grayson, J. B. (1982). Recent advances in the treatment of obsessive-compulsives. *Archives of General Psychiatry, 39,* 1365-1371.

Stern. R. S. (1978). Obsessive thoughts: The problem of therapy. *Britsh Journal of Psychiatry, 132,* 200-205.

Stern, R. S., Lipsedge, M. S., & Marks, I. M. (1975). Obsessive ruminations: "A controlled trial of thought-stopping technique. *Behaviour Research and therapy, 11,* 650-662.

Stern, R. S., Marks, I. M., Wright, J., & Luscombe, D. K. (1980). Clomipramine: Plasma levels, side effects and outcome in obsessive-compulsive neurosis. *Postgraduate Medical Journal, 56,* 134-139.

Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Cheslow, D. L., Leonard, H. L., Ayoub, E. M., Hosier, D. M., & Wald, E. R.; (1989). High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with sydenham's chorea. *American Journal of Psychiatry, 146,* 246-249.

Thoren, P., Asberg, M., Bertilsson, L., Mellstrom, B., Sjoqvist, F., & Traskman, L. (1980). Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. II. Bio-chemical aspects. *Archives of General Psychiatry, 37,* 1289-1294.

Thoren, P., Asberg, M., Chronholm, B., Jornestedt, L., & Traskman, L. (1980). Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. I. A conrolled clinical trial. *Archives of General Psychiatry, 37,* 1281-1285.

Tynes, L. L., White, K., & Steketee, G. S. (1990). Toward a new nosology of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 31,* 465-480.

Weizman, A., Carmi, M., Hermesh, H., Shahar, A., Apter, A., Tyano, S., & Rehavi, M. (1985).

Highaffinity imipramine binding and serotonin up-take plateles of adolescent and adult obsessive-compulsive patients. Paper presented at the 4th International Congress of Biological Psychiatry, Philadelphia, PA. (From abstract)

Zohar, J., & Insel , T. (1987). Obsessive-compulsive disorder: Psychobiological approach to diagnoses, treatment and pathophysiology. *Biological Psychiatry, 22*, 667-687.

Zohar, J., Mueller, E. A., Insel, T. R., Zohar-Kadouch, R., & Murphy, D. L. (1987).Serotonergic responsivity in obsessive-compulsive disorder: Comparison of patients and healthy controls.*Archives of General Psychiatry, 44*, 946-951.

الفصل السادس

الاكتئاب

الفصل السادس

الاكــــــتئاب

جيفرى ى . يونج
Jeffery E. Young
جامعة كولومبيا

آرون ت . بيك
Aaron T. Beck
جامعة بنسلفانيا ، فيلادفيا

آرثر واينبرجر
Arthur Weinberger
مركز وول ستريت للعلاج المعرفى ، نيويورك

ترجمــة

دكتور صفوت فرج

قسم علم النفس جامعــة القاهـــرة

كان نجاح العلاج المعرفى للاكتئاب أحد أهم التطورات فى المناحى النفسية الخاصة بالمشكلات الانفعالية ، وكانت دلائل هذا المنحى قد تزايدت منذ صدور الطبعة الأولى من هذا الكتاب ، مع توافر دلائل متراكمة حول النتائج المحققة على المدى البعيد . وكان تطبيق مجموعة متنوعة من الأساليب المعرفية والسلوكية ، مع العلاج المعرفى ملحوظاً أيضاً فى البنية التفصيلية لكل جلسة ، فى إطار جدول محدد وواضح لنمط التفاعل العلاجى الفعال مع المريض ، عبر سلسلة من الأسئلة . ويقلل المؤلفون أيضاً بشكل واضح من أهمية العلاقة المشتركة بين المعالج والمريض ، ويوضحون الخطوط العريضة لأساليب نوعية لتحقيق هذه الحالة التعاونية ؛ بحيث يصبح المعالج والمريض معاً بمثابة فريق للاستجواب أو التحقق .

غير أن العلاج المعرفى لم يظل متوقفاً على مدى السنوات

الخمس الماضية . ويعرض المؤلفون فى هذا الفصل لمرحلة ثانية مهمة للعلاج ، لم يسبق وصفها فى الطبعة الأولى . ويطلق على هذه المرحلة أسم «مرحلة العلاج بالتركيز على المخططات»[1] ، والتى يتم فيها التركيز على تحديد وتعديل سوء التوافق المبكر ، أو المخططات الجوهرية التى تطورت خلال الطفولة ، وقد تجعل هذه المخططات المريض عرضة للانتكاس . وللتحليل التفصيلى لهذه المرحلة الثانية من العلاج قيمة كبيرة لدى المعالجين المعرفيين ذوى الخبرة ، وبالمثل لأولئك الذين يلمون بالعلاج المعرفى للاكتئاب لأول مرة .

د . هـ . ب

مراجعة

يعد الاكتئاب أحد أكثر المشكلات التى واجهها المهنيون فى مجال الصحة العقلية شيوعاً . وقد استخدم عدد متنوع من الأساليب لعلاج الاكتئاب ، مع تأكيدات متزايدة على الأساليب العلاجية التى تستغرق وقتاً قصيراً .. وتتضمن العلاجات القصيرة التى حظيت باهتمام بالغ فى بحوث النتائج : العلاج السلوكى ، والعلاج النفسى التفاعلى ، والعلاج التحليلى النفسى المختصر ، والعلاج المعرفى (Bergin & Lambert, 1978; Rehm, 1990; McDermott & Wright, 1992) . ومن بين كل أساليب العلاج السلوكى المعرفى للاكتئاب ، حظى العلاج المعرفى بالقدر الأكبر من الاهتمام الإمبيريقى (Rehm, 1990) .

على الرغم من التطورات الضخمة فى العلاج النفسى للاكتئاب ، ما زال العلاج الدوائى هو العلاج المعيارى الذى تقارن به نتائج العلاجات الأخرى . وتشير البحوث المبكرة إلى أن العلاج المعرفى السلوكى فعال على الأقل بدرجة فعالية مضادات الاكتئاب الثلاثية نفسها فى علاج المرضى الخارجيين أحادى الاكتئاب (Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1979; Blackburn & Bishop, 1979, 1980; Mclean & Hakstian, 1979) ، ومازالت الدراسات الحديثة تدعم هذه النتائج المبكرة . وتشير مراجعة واسعة لتقارير الدراسات الصادرة بين أعوام ١٩٧٦ ، ١٩٨٧ إلى أن العلاج المعرفى أكثر فعالية من عدم

1) The schemae-focused phase of treatment .

العـلاج على الإطلاق ، ومن العـلاج السلوكى أو العـلاج الدوائى للاكـتـئـاب الاكلينيكى (Dobson, 1989, p417) وعلى الرغم من اسـتـمـرار البـعض فى التساؤل حول فعالية العلاج المعرفى ، بوصفه بديلاً عملياً للعقاقير المضادة للاكتئاب اعتماداً على التراث المتوفر ، إلا أن تحفظاتهم تعتمد على نطاق واسع على قضايا منهجية وتجريبية .(Hollon, Shelton, & Loosen, 1991) وفعالية المنحى العلاجى المعرفى السلوكى للاكتئاب واضحة فى ضوء عدد من الدراسات السابقة ، التى أظهرت أن العلاجات النفسية التقليدية كانت أكثر فعالية بقدر ضئيل من العقاقير الزائفة فى خفضها للأعراض الاكتئابية (Hollon, Beck, 1978) .

النموذج المعرفي للاكتئاب

يفترض النموذج المعرفى أن المعرفة ، والسلوك ، والكيمياء الحيوية جميعها مكونات مـهـمـة فى الاضطراب الاكـتـئـابى . ونحن لا ننظر إلى هذه الرؤى باعتبارها نظريات متنافسة للاكتئاب ، ولكن باعتبارها بالأحرى مستويات مختلفة للتحليل . وكل طريقة علاجية لها توجهها المقنع ؛ فالمعالج الدوائى يتدخل فى المستوى الكيميائى الحيوى ، والمعالج السلوكى المعرفى يتدخل فى المستويات المعرفية والانفعالية والسلوكية . وتشير خبرتنا إلى أنه عندما نقوم بتغيير المعارف الاكتئابية ، فإننا نغير تلقائيّاً خصائص المزاج والسلوك ، كما (نفترض) أننا نغير أيضاً الكيمياء الحيوية للاكتئاب . وعلى الرغم من ذلك تظل الآلية الدقيقة للتغير هدفاً للفحص الأساسى والحوار (Barber & DeRubeis, 1989; DeRubeis et al., 1990; DeRubeis & Feeley, 1990; Sullivan & Conway, 1991)

وسنركز فى هذا الفصل على الاختلالات المعرفية فى الاكتئاب . وتؤكد بحوث العلم المعرفى أهمية معالجة المعلومات (١) فى الأعراض الاكتئابية (Ingram & Holle, 1992) ووفقاً لهذه النظريات ، فإن المعارف ذات الأساس السلبى تعد العملية البؤرية فى الاكتئاب ، وتنعكس هذه العملية فى المثلث المعرفى للاكتئاب(٢) : فالمرضى الاكتئابيون لديهم نمطيّاً رؤية سلبية لأنفسهم ، ولبيئتهم وللمستقبل . وهم يعتبرون أنفسهم بلا قيمة ، غير ملائمين ، وغير محبوبين ، وعاجزين . ويعتبر المرضى الاكتئابيين بيئتهم غير ودية ، مقيمة لعوائق لا يمكن

(1)Information processing

(2)Cognitive triad of depression

التغلب عليها ، تؤدى دائماً إلى فشل أو خسران ، يضاف إلى ذلك نظرتهم إلى المستقبل باعتباره بلا أمل .

وهم يعتقدون أن جهودهم الخاصة لن تكفى لتغيير مسار حياتهم غير المرضى ، ودائماً ما تؤدى هذه النظرة السلبية للمستقبل إلى أفكار انتحارية ، ومحاولات فعلية له .

ويشوه المرضى الاكتائبيون بشكل متسق تفسيراتهم للأحداث ، ولهذا يواصلون رؤيتهم السلبية لأنفسهم وللبيئة والمستقبل . وتعبر هذه التشوهات عن انحرافات فى العمليات المنطقية للتفكير التى يستخدمها الناس عادة . مثال ذلك أن امراة اكتئابية عاد زوجها متأخرا إلى البيت فى أحد الليالى ، قد تستنتج أن لديه علاقة بأمراة أخرى ، حتى ولو لم تكن هناك دلائل أخرى تدعم مثل هذا الاستنتاج . ويوضح هذا المثال «الاستدلال العشوائى[١]» الذى يتوصل منه المريض إلى استخلاص غير مبرر وفق الدلائل المتاحة . وتتضمن التشوهات الأخرى التفكير بطريقة الكل أو لا شيء ، والتعميم ، والاستدلالات الانتخابية ، والمبالغة (Beck et al., 1979) .

ووفقاً للتطورات الحديثة فى النموذج المعرفى ، تعد المخططات المبكرة[٢] عاملاً مهيئاً مهماً لدى الكثيرين من مرضى الاكتئاب (Beck, Freeman, & Associates, 1990; Young, 1990; Stein & Young, 1992) ، ويؤكد بيك (١٩٦٧) أهمية المخططات فى الاكتئاب ، ويقدم لها التعريف الآتى :

المخطط عبارة عن بنية (معرفية) لفحص وترميز وتقييم المنبهات ، التى يصطدم بها الكائن الحى ... وعلى أساس هذه المصفوفة من المخططات ، يكون الفرد قادراً على توجيه نفسه بالنسبة إلى الزمان والمكان ، وعلى تصنيف وتفسير الخبرات بطريقة ذات معنى (p.283) .

ويذكر بيك وزملاؤه Beck et al. (1990) فى فترة أحدث الآتى :

يطبق تعبير «مخطط» فى مجال علم الأمراض النفسية على أبنية ذات محتوى شخصى شديد الذاتية ، ينشط خلال اضطرابات

---

(1)Abitrary Inference

(2) Early Schemas

مثل الاكتئاب ، ونوبات الهلع ، والوساوس ، ويصبح مهيمناً .. وبالتالى ففى حالة الاكتئاب الإكلينيكى - على سبيل المثال - تكون المخططات السلبية هى المسيطرة ، ممايننتج عنه تحيز سلبى منتظم فى تفسير واستدعاء الخبرات ، وفى التوقعات القصيرة والبعيدة بالمثل . بينما تصبح المخططات الإيجابية أقل هيمنة . ومن السهل بالنسبة للشخص المكتئب أن يلاحظ الجوانب السلبية ، ولكن من الصعب عليه ملاحظة الجوانب الإيجابية ، وهم قادرون على تذكر الأحداث السلبية بقدر أفضل من قدرتهم على تذكر الأحداث الإيجابية ، ويمنحون الاحتمالات الخاصة بالنتائج غير المرغوبة وزناً أكبر من الاحتمالات الإيجابية (p.32) .

وحدد يونج Young - من خلال الملاحظة الاكلينيكية - مجموعة من المخططات الفرعية (أعمق مستوى معرفى) ، والتى أطلق عليها أسم مخططات سوء التوافق المبكرة(١) ، وتشير مخططات سوء التوافق المبكرة إلى سياقات متطرفة الاتساق والاستمرارية ، تتطور خلال مرحلة الطفولة ، وتثرى عبر حياة الفرد (Young, 1990 : p9) . وقد حدد يونج ستة عشر مخططاً من مخططات عدم التوافق المبكرة هذه ، فى ستة مجالات مختلفة (انظر شكل ١ -٦) .

عدم الاستقرار وانقطاع الصلات(٢)

(توقعات الفرد أن احتياجاته للأمان والاستقرار والرعاية والانتماء لن تتحقق بطريقة ، يمكن التنبؤ بها فى سياق العلاقات الحميمة أو الأسرية ، وحيث تكون الروابط الأسرية التقليدية متقطعة ، ومتفجرة ، وغير قابلة للتنبؤ ، أو فاسدة) .

١ - الهجر/ عدم الاستقرار .

عدم الاستقرار المدرك أو عدم مصداقية الأشخاص المتوفرين لتقديم الدعم والاتصال . ويتضمن ذلك إحساس الفرد بأن الأشخاص المهمين لديه لن يكونوا قادرين على الاستمرار فى تقديم الدعم الوجدانى ، والصلة ، والقوة ، أو الحماية

(1) Early Maladaptive Schemas

(2) Instability & Disconnection

العملية ؛ لأنهم غير مستقرين انفعاليا ، ولا يمكن التنبؤ بسلوكهم ، ولا مصداقية لهم ، أو أنهم غير موجوين بالفعل ، لأن موتهم وشيك ، أو لأنهم سيهجرون المريض ليرتبطوا بشخص آخر أفضل منه .

٢ - عدم الثقة/ الاستغلال

توقع قيام الآخرين بالأيذاء والاستغلال ، والاحتقار والغش والكذب والتآمر، واستغلال الفرص والتسفيه بعنف أو غضب . وعادة ما يتضمن ذلك إدراكاً بأن الأذى متعمد أو أنه نتيجة لتطرف فى الإهمال ، وأنه غير مبرر . كما يمكن أن يتضمن إحساس الشخص بأنه دائماً ما يكون ضحية لخداع الاخرين أو للظلم .

٣ - الحرمان العاطفى

توقع الشخص أن الآخرين لن يحققوا رغبته فى الحصول على درجة معتدلة من الدعم العاطفى بشكل ملائم ، ومن ذلك .

أ - الحرمان من الرعاية : غياب الانتباه ، والعاطفة ، والدفء ، والرفقة .

ب - الحرمان من الحماية : فقدان القوه ، والاتجاه ، وتوجيه الآخرين .

جـ - الحرمان من الانتماء : فقدان تفهم الآخرين ، وإنصاتهم والانكشاف/أو فقدان المشاركة المتبادلة للمشاعر مع الآخرين .

استقلالية معطوبة(١)

(وتتعلق بتوقعات الشخص عن نفسه وعن البيئة ، والتى تتدخل فى قدرة الشخص الإدراكية على الانفصال ، أو مواصلة الحياة ، أو العمل مستقلاً ، وتنبع من أصول عائلية تقليدية ضاغطة ومشوهة لأحكام الطفل أو مفرطة فى الحماية) .

٤ - الاعتماد الوظيفى/ انعدام الكفاءة

تتمثل فى اعتقاد الشخص أنه غير قادر على تحمل مسئولياته اليومية بطريقة تتسم بالكفاءة ، ودون مساعدة جوهرية من الآخرين (من ذلك رعايته لذاته ، حل المشكلات اليومية ، إصدار أحكام صائبة ، القيام بمهام جديدة ، اتخاذ قرارات جيدة) ، ودائماً ما تحدث فى شكل مقاومة سلبية .

---

(1) Impaired Autonomy

٥ - الاستهداف للأذى والمرض

خوف مبالغ فيه بأن كارثة ستقع فى أى وقت (كارثة طبيعية ، جريمة ، أو مرض أو كارثة مالية) وأن المرء لن يكون قادراً على حماية نفسه ، وقد تتضمن مخاوف الشخص من تعرضه لنوبة قلبية ، أو الإصابة بالايدز ، أو الجنون ، أو الإفلاس ، أو التعرض لهجوم من سفاح أو حادث سيارة .. إلخ .

٦ - الاحتواء/ الذات غير المتطورة

تورط عاطفى (انفعالى متزايد وارتباط وثيق بشخص جوهرى أو أكثر (غالباً ما يكون الوالدين) على حساب الاستقلالية الكاملة أو الارتقاء الاجتماعى السوى ، ودائماً ما يتضمن الاعتقاد أن هناك واحداً على الأقل من الأشخاص المهيمنين لا يمكنه العيش أو الشعور بالسعادة ، دون الدعم الدائم من الآخرين ، أو هوية فردية وتوجه داخلى منقوص ، دائماً ما يختبر بوصفه شعوراً بالخواء أو التخبط .

افتقــاد المرغـوبية(١)

(توقع المرء أنه لن يكون مرغوباً فيه .. أو أنه مختلف عن الناس فيما يختص أياً من الاتى : الجاذبية الجسمية ، المهارات الاجتماعية ، الجدارة الداخلية، التكامل الأخلاقى ، الشخصية المثيرة للشغف ، الوظيفة ، الانجاز ، القيم، والاهتمامات ، خصائص الذكورة والأنوثة ، الخلفية الإجتماعية الاقتصادية ... الخ . وتعود الأصول الأولى له إلى التعرض للنقد أو الرفض من الأسرة أو جماعات الأقران) .

٧ - النقص/ الخزى

شعور المرء أنه ناقص عقليا أو داخليا ، أو عاجز ، وأنه أساساً بلا قيمة بالنسبة للأشخاص المهمين فى نظره عندما يكتشفونه ، أو إحساس المرء بالخزى من إدراكه لعدم ملائمته الداخلية ، ودائماً ما يتضمن هذا الشعور إفراطا فى النقد الذاتى ، أو معاقبة الذات ، ومقارنة المرء نفسه بالآخرين ، وتوقع رفض مبالغ فيه، ولوم فى إطار العلاقات الحميمة .

---

(1) Undesirability

٨ - عدم المرغوبية الاجتماعية/الاغتراب

اعتقاد المرء أنه غير مرغوب خارجيّاً من الآخرين (مثال ذلك : أنه قبيح الشكل ، غير مرغوب جنسيا ، ذو مركز اجتماعى منخفض ، ضعيف فى مهارات الحوار ، غبى) ، أو شعور المرء أنه معزول عن بقية العالم ، مختلف عن الناس ، أو ليس جزءاً من أى مجموعة فى المجتمع ، أو الاثنين معاً . ودائماً ما يتضمن ذلك وعيّاً بالذات ، اغتراباً ، مقارنة الشخص نفسه بالآخرين ، وشعوراً بعدم الأمان فى المواقف الاجتماعية .

٩ - الفشل فى التحصيل

شعور المرء أن فشله محتوم ، أو أنه غير ملائم من الأساس مقارنة بأقرانه فى مجالات التحصيل (فى المدرسة أو الوظيفة ، أو الرياضة .. إلخ) ، ودائماً ما يتضمن ذلك اعتقاد الشخص أنه غبى ، أو أحمق ، أو غير موهوب أو جاهل .

قصور التعبير الذاتي(١)

(قيود مفرطة ، قمع ، أو تجاهل المرء لمشاعره ، أو تفضيلاته اليومية ، وعادة ما يرجع ذلك لأصول أسرية تتمثل فى قمع المشاعر وتسلط الراشدين على الطفل) .

١٠ - خضوع

استسلام الفرد المتزايد للتحكم المبالغ فيه فى قراراته الشخصية وتفضيلاته، وعادة ما يكون ذلك لتجنب الغضب أو الانتقام أو الهجر ، ويتضمن ذلك إدراك المرء أن رغباته الشخصية ليست ملائمة أو هامة لدى الآخرين ، وعادة ما يؤدى ذلك إلى الغضب فى نهاية الأمر . ويظهر فى صورة إفراط فى الخضوع وشغف بالإرضاء .

١١ - قمع الانفعالات

صعوبة مفرطة فى التعبير عن المشاعر أو مناقشتها (الغضب ، الأذى ، الحزن ، الفرح .. إلخ) ؛ لأن الشخص يتوقع أن يؤدى التعبير عنها إلى فقدان التقدير ، أو إيذاء الآخرين ، أو الإحراج أو الانتقام أو الهجر .

---

(1) Restricted Self-Expression

قصـور مشـاعر البهجـة [1]

(تأكيد مفرط على العمل ، والمكانة ، والواجب ، والمعايير والمسئوليات نحو الآخرين ، أو الجوانب السلبية للحياة على حساب السعادة ، والنزعات الطبيعية ، والمتعة ، والصحة والتفاؤل أو الإبداع . ومصادرها الأسرية النمطية هى التجهم والألم ، والمظهر والتضحية ، والتحكم الذاتى ، والتحكم السلبى فى المتع) .

١٢ - التضحية بالذات/ والتحمل الزائد للمسئولية

تركيز مبالغ فيه على الوفاء باحتياجات الآخرين ، على حساب مباهج المرء الشخصية ، والأسباب الغالبة وراء ذلك هى منع تعرض الآخرين للأذى ، وتجنب الشعور بالذنب ، والحصول على التقدير للحفاظ على الصلة مع الآخرين المعتقد أن هناك احتياجاً لهم . ودائماً ما يؤدى ذلك إلى حساسية حادة لآلام الآخرين ، ودائماً ما يتضمن إحساساً مبالغاً فيه بالواجب والمسئولية نحو الآخرين ، وعادة ما يؤدى ذلك إلى إحساس المرء أن احتياجاته الشخصية لم تشبع بشكل ملائم ، والشعور بالامتعاض من المسئولين عن ذلك .

١٣ - / عدم توازن المعايير

المجاهدة للوفاء بتوقعات الآخرين ومعاييرهم العليا أو غير المتوازنة ، منه ، على حساب السعادة والسرور ، والاسترخاء والتلقائية ، والمرح والصحة ، والإحساس بالإنجاز ، والعلاقات المرضية . وعادة ما يتضمن تأكيداً ضرورياً على أى من المجالات التالية :

١ - التحصيل أو الإنجاز .

٢ - المال أو المظهر الخارجى أو المكانة الاجتماعية .

٣ - التحكم فى الذات أو الانضباط .

٤ - الكمال والنظام ، أو الانتباه للتفاصيل .

٥ - التحكم والهيمنة على البيئة . أو

٦ - الأخلاق والقيم أو الاعتبارات الدينية (بخلاف التضحية بالذات) .

---

(1) Restricted Gratification

١٤ - السلبية/ التشاؤم

تركيز مقاوم على امتداد العمر على الجوانب السلبية للحياة (الألم ، الموت، الفقدان ، الإحباط ، الصراع ، مشاعر الذنب ، الاستياء ، المشكلات التى لا حلول لها ، الأخطاء الممكنة ، الخيانة ، الأشياء الخاطئة التى يمكن أن تحدث ، إلخ) ، مع الإقلال من شأن الجوانب الإيجابية أو المتفائلة أو إنكارها . وقد يتضمن ذلك مشاعر فقدان الحيلة أو فقدان القدرة على التحكم ، بناءً على توقع أن المرء لا يستطيع منع الأحداث السلبية فى الحياة .

حـــدود قاصـــرة[1]

(نقص فى الحدود الداخلية ، يؤدى إلى صعوبة تتعلق بحقوق الآخرين ، أو بوفاء المرء بأهدافه الشخصية ، والأصول الأسرية لهذا تتمثل فى التساهل والتدليل)

١٥ - التسلط/ التمركز حول الذات

الإصرار على أن المرء يجب أن يكون قادراً على الحصول على أى شىء يرغبه ، دون اعتبار لنظرة الآخرين لما هو معقول ، ومهما كان الأمر مكلفاً لهم ، ودائماً ما يتضمن تحكماً زائداً فى الآخرين ومطالب منهم ، ونقصاً فى التعاطف مع احتياجات الآخرين .

١٦ - قصور فى التحكم الذاتى/ الانضباط

صعوبة مقاومة فى ممارسة الضبط الذاتى ، وتحمل الإحباط عند تحقيق المرء للأهداف الشخصية أو فى كبح المرء لتعبيراته المتزايدة عن أنفعالاته ودفعاته .

شكل (١ - ٦) مخططات سوء التوافق المبكر فى ستة مجالات .

حقوق الطبع لجيفري يونج Jeffery Young, PhD. 1993 ، معاد طبعها بتصريح .

ووفقاً لمنحى مخططات يونج ، يتعلم الطفل كيفية تشكيل الواقع من خلال توقعاته المبكرة للبيئة ، ومع الأشخاص ذوى الأهمية الخاصة لديه على وجه الخصوص . وأحياناً ما تؤدى هذه الخبرات المبكرة إلى قبول الأطفال لاتجاهات

---

(1) Impaired Limits

ومعتقدات ، يثبت بعد ذلك أنها غير توافقية . مثال ذلك أن الطفل قد يطور مخططاً حول أن أياً مما يفعله أو يقوم به لن يكون حسناً بما يكفى ، وعادة ما لا يوجد وعى بهذه المخططات ، والتى تظل كامنة إلى أن يؤدى أحد أحداث الحياة (مثل الفصل من العمل) لاستثارة هذا المخطط . وما أن ينشط المخطط حتى يقوم المريض بعمليات تصنيف وانتخاب وترميز للمعلومات بطريقة تجعل مخطط الفشل مستمراً . وبالتالى فإن مخططات سوء التوافق المبكر تؤدى إلى ميل المرضى الاكتئابيين لتشويه الأحداث بأسلوب واضح الخصائص ، مؤدية إلى رؤية سلبية لأنفسهم وللعالم والمستقبل .

ولمخططات سوء التوافق المبكر عدد من الخصائص المحددة ، فهى تختبر بوصفها :

١ – حقائق أولية لدى الشخص حول نفسه أو حول العالم أو حولهما معا .

٢ – بمثابة أختلال .

٣ – أنها دائمة ومقاومة للتغير .

٤ – دائماً ما يحفزها بعض التغيرات البيئية (مثل فقدان وظيفة أو رفيق) .

٥ – تكون وثيقة الصلة بالمستويات الانفعالية العليا عندما تنشط .

٦ – عادة ما تنتج عن التفاعل بين المزاج الولادى للطفل والخبرات غير السوية مع أفراد الأسرة ، أو القائمين على رعايته (Young, 1990)

وينصب توجه العلاج المعرفى على إحداث تغيير فى التفكير الاكتئابى ، ويمكن إحداث هذه التغييرات بعدد من الطرق المختلفة ، نذكر منها القليل : من خلال التجارب السلوكية ، ومن خلال المعالجة المنطقية ، وبفحص الدلائل ، وحل المشكلات ، ولعب الأدوار ، وإعادة التشكيل التخيلى .

خصائص العلاج

عادة ما يجرى العلاج المعرفى للمرضى الاكتئابيين الراشدين فى عيادة المعالج ، وغالباً ما يطبق فى موقف واحد لواحد ؛ أى يضم المعالج والمريض فقط. وعلى الرغم من ذلك جرت محاولات لاستخدام العلاج المعرفى الجمعى ، وتبين أنه ناجح مع كثير من المرضى الاكتئابيين الخارجيين (Beutler et al., 1987; Jarrett & Nelson, 1987) على الرغم من أنه قد لا يكون بدرجة فعالية

العلاج الفردى (Wierzbicki & Bartlett, 1987) . وليس من غير المعتاد ضم الزوج أو الوالدين ، وبقية أفراد الأسرة خلال العلاج . ويتعين استخدامهم على سبيل المثال لتوفير معلومات ، يمكن أن تساعد المرضى على اختبار صدق تفكيرهم حول كيفية نظر أفراد الأسرة الأخرين لهم . يضاف إلى ذلك أن علاج الزوجين(١) ، الذى يقوم على النموذج المعرفى دائماً ما كان فعالاً للغاية فى شفاء الاكتئاب المتعلق بمشكلات التفاعل المزمنة بين الأشخاص (Beck, 1988; O'Leary & Beach, 1990) .

وتظهر خبرتنا أن عدداً من خصائص المعالج تسهم فى فعالية العلاج المعرفى ؛ فيتعين أولاً أن يطبق المعالجين المعرفيين المثاليين المهارات العلاجية غير النوعية، التى حددها مؤلفون آخرون (مثال ذلك: Truax & Mitchell, 1971). ويتعين أن يكونوا قادرين على التواصل الدافىء والأصيل ، والمخلص ، وأن يكونوا متفتحين . ويتعين ثانياً أن يكون المعالجين المعرفيين الأكثر فعالية مدربين تدريباً خاصاً على رؤية الأحداث من خلال منظور المريض (توحد ملائم) ، وهم قادرون على إرجاء فروضهم الخاصة وتحيزاتهم أثناء إصغائهم للمرضى المكتئبين، أثناء وصفهم لردود أفعالهم وتفسيراتهم . وثالثاً يستطيع المعالجون المعرفيون المهرة تقديم البراهين المنطقية وتخطيط الاستراتيجيات ، وهم ليسوا مفكرين مختلطى التفكير ، وهم يشبهون فى هذا محاميّى الدفاع الجيدين، الذين يستطيعون اكتشاف الثغرات الدقيقة التى تظهر أحياناً فى منطق الفرد ، ويستنبطون بمهارة تفسيرات أكثر إقناعاً للوقائع نفسها . ويخطط المعالج المعرفى استراتيجيات ذات خطوات متتالية تعجل بالنتائج المرغوبة . رابعاً يعد أفضل الممارسين لهذا المنحى العلاجى نشطين ، ويتعين أن يأخذوا على عاتقهم مهمة التوجيه السلس لبنية واتجاهات العمليات العلاجية . وعلى الرغم من أن خصائص المريض حظيت ببعض الانتباه التجريبى (Shea et al., 1990; Persons, Burns, & Perloff, 1988) إلا أننا مازلنا لا نعرف حتى الآن بشكل صحيح أى خصائص المريض تتعلق بنجاح العلاج المعرفى . وتوحى خبرتنا أن المرضى أصحاب اضطراب الاكتئاب الرئيسى (نوبة واحدة أو متكررة) ، واضطراب المزاج الاكتئابى(٢) (مع أو دون اضطراب اكتئاب رئيسى) يستجيبون بشكل جيد للعلاج المعرفى الموصوف فى هذا الفصل .

---

(1) Couples therapy

(2) Dysthymic disorder

وقد ثبت أن مرحلة منع الانتكاس مهمة على وجه الخصوص لخفض مرات تكرار انتكاس هؤلاء المرضى . وقد تكون مرحلة العلاج المرتكزة حول المخططات أطول بقدر جوهرى ، اتساقاً مع المدى الذى يشخص به المريض بوصفه يستوفى محكات المحور الثانى لاضطراب الشخصية ، كما قد تكون جوهرية بقدر أكبر للحصول على استجابة إيجابية للعلاج .

وقد لاحظنا أكلينيكياً أن العلاج المعرفى يمكن أن يساعد فى العلاج الدوائى فى الحالات التى تشخص على المحور الأول والثانى للاضطرابات ، وكذلك بالنسبة للمرضى أصحاب الاكتئاب الداخلى المنشأ ، وبالأخص المصابين بالميلنوخوليا . فدائماً ما تكون أساليب العلاج المعرفى مفيدة مع مثل هؤلاء المرضى فى خفض تكرارث الانتكاس أو الدورية ، بمجرد إنخفاض الأعراض الحادة .

ويبدو أن عديداً من أنماط الاكتئابيين الفرعية أقل إذعاناً للعلاج المعرفى القصير المدى . ويتضمن ذلك المرضى ذوى الهلاوس أو الهذاءات ، وأصحاب اضطراب الذهان الوجدانى ، وعجز الذاكرة (مثال ذلك المصابين بزملات عضوية) وقد يكون العلاج المعرفى مفيداً بالنسبة لهؤلاء المرضى فى منع الانتكاس لفترات طويلة ، مع الجمع دائماً بينه وبين العلاج الدوائى ، والعلاج البيئى ، أو من خلال دعم إضافى من البيئة المحيطة بالمريض .

وقد لاحظنا من خبرتنا أن خصائص معينة فى المريض تنبىء باستجابة أسرع للعلاج ، فالمرضى المتأملين لأنفسهم بشكل ملائم والذين يمكنهم الاستدلال تجريبيا ، والأكثر تنظيماً ، والمخططين الجيدين ، والواعين بتحملهم المسئولية ، وممن يعملون ، والذين لا يفرطون فى غضبهم سواء من أنفسهم أو من الآخرين ، والأقل يقينية وتصلباً فى تفكيرهم ، والذين يستطيعون تحديد الأحداث المعجلة لنوباتهم الاكتئابية المتوقعة بوضوح ، وممن لديهم علاقات وثيقة بالآخرين ، تتحسن أعراضهم الاكتئابية بقدر أسرع باستخدام العلاج المعرفى . وتشير النتائج الحديثة أن العمر ليس عقبة ، حيث أظهر الراشدون المسنون أنهم يستفيدون بالقدر نفسه الذى يحققه الأصغر عمراً من العلاج المعرفى (Beutler et al., 1987; Gallagher-Thompson, Hanley-Peterson & Thompson, 1990)

التعاون

تعد العلاقة التعاونية بين المريض والمعالج من الأمور الأساسية فى العلاج المعرفى . وعندما يعمل المريض والمعالج معاً تتعزز الخبرة التعليمية لكل منهما ، وتنمو روح التعاون بينهما ، والتى تسهم بقدر كبير فى العمليات العلاجية . ويتساوى مع هذا فى الأهمية إسهام الأسلوب التعاونى فى تأكيد الأهداف المتناغمة للعلاج ، وبمنع سوء الفهم وسوء التفسير بين المريض والمعالج . ونتيجة لهذه الأهمية للعلاقة التعاونية فإننا نعطى قدراً كبيراً من التأكيد لمهارات التفاعل لدى المعالج ، وعمليات الانتخاب المشتركة للمشكلات التى يتعين العمل عليها ، والعائد المنتظم وعمليات الفحص التى نطلق عليها أسم الواقعية التعاونية .

الصفات التفاعلية

طالما أن التعاون يتطلب أن يثق المريض فى المعالج ، فإننا نؤكد على هذه الصفات التى تسهم فى الثقة ، فالدفء ، والمشاعر الحقيقية غير المتكلفة هى صفات شخصية مرغوبة فى المعالج المعرفى ، كما هى مرغوبة بالنسبة لكل المعالجين . ومن المهم ألا يظهر المعالج المعرفى كما لو كان يلعب دور المعالج . وعلى المعالج أن يكون قادراً على التواصل اللفظى وغير اللفظى الذى يبين إخلاصه ، وتفتحه ، واهتمامه ، وأنه مباشر [دوغرى] ، ومن المهم أيضاً ألا يبدو المعالج كما لو أن لديه انطباعات معينة أو معلومات أو أسئلة مراوغة . ويجب أن يكون المعالج حريصاً على ألا يبدو ناقداً أو معترضاً على وجهات نظر المريض . والتعاون بين المريض والمعالج جوهرى فى علاج المرضى الاكتئابيين ، وعندما يكون التعاون فى صورته المثلى يدرك المرضى أن المعالج شخص متناغم مع مشاعرهم واتجاهاتهم ، شخص متعاطف ومتفهم ، شخص يستطيعون التواصل معه دون أن يعبروا لفظياً عن مشاعرهم بالتفصيل أو بعبارات دقيقة .

وعندما يكون التعاون جيداً ، يشعر كل من المريض والمعالج بالراحة والأمان . كما أن السلوك المهنى الواثق مهم أيضاً فى العلاج المعرفى ، وعلى المعالج أن يشعر المريض الإكتئابى بالثقة فى مساعدته ، ومثل هذه النغمة يمكن أن تساعد على إبطال مشاعر اليأس الأولية من المستقبل لدى المريض . وطالما أن المعالج المعرفى يجب أن يكون موجها فى بعض الأحيان ومنظماً للبنية المعرفية ، فى المراحل الأولية من العلاج على وجه الخصوص .. فإنه يصبح من المفيد مواصلة الحفاظ على إحساس واضح بالاعتبارات المهنية .

المشاركة في تحديد أهداف العلاج

يعمل المريض والمعالج من خلال العلاقة التعاونية على وضع الأهداف العلاجية وتحديد أولوياتها ، ووضع برنامج كل جلسة ، وتتضمن المشكلات التى يتعين مناقشتها على امتداد فترة العلاج الأعراض الاكتئابية النوعية (مثال ذلك : اليأس ، والبكاء ، وصعوبة التركيز) والمشكلات الداخلية (مثال ذلك :الصعوبات الزواجية ، والقضايا المتعلقة بالمستقبل المهنى والانشغال بتنشئة الأبناء) ، يلى ذلك تحديد الأولويات بالتعاون بينهما ، وفقاً لحجم الكرب الناتج عن مشكلة معينة ومدى قابلية المشكلة المعينة للتغيير . ويقوم المعالج والمريض معاً خلال الجزء الخاص بوضع برنامج الجلسة (والذى سيتم مناقشته تفصيلا فى الجزء التالى) بتحديد البنود التى يتعين تغطيتها في هذه الجلسة . وعلى الرغم من هذه العملية المشتركة ، إلا أن المشكلات المستهدفة يتم أختيارها على أساس أسبوعى ، ودائماً ما تمثل عملية اختيار المشكلة صعوبات بالنسبة للمعالج المعرفى المبتدىء ، وتتضمن هذه الصعوبات : الفشل فى التوصل إلى اتفاق على أى المشكلات المعينة هى التى يجب التركيز عليها ، وانتخاب الاهتمامات الجانبية ، والميل إلى الانتقال من مشكلة إلى أخرى ، بدلاً من الإصرار على البحث عن حلول مرضية لمشكلة واحدة فقط فى الوقت الواحد . ولأنه يترتب على عملية اختيار المشكلات توصيفها، والتعاون من جانب المعالج ، فإن مهارات مهمة مطلوبة فى هذه الحالة.

العائد المنتظم

العائد من الأمور المهمة فى العلاج المعرفى لمرضى الاكتئاب على وجه الخصوص ، وهو مكون جوهرى فى تطوير واستمرار العلاقة العلاجية التعاونية . ويبدأ المعالج المعرفى فى إعداد مكونات العائد فى فترة مبكرة من العلاج من خلال تعرف أفكار المريض ومشاعره حول جوانب العلاج المختلفة مثل طريقة تناول أكلات معينة ، وسلوك المعالج ، والواجبات المنزلية . وطالما أن كثير من المرضى يسىء تأويل عبارات وأسئلة المعالج ، يصبح فى مقدور المعالج من خلال العائد المنتظم فقط التأكد مما إذا كان هو والمريض على النغمة . ويتعين أن يكون المعالج متنبهاً أيضاً للمؤشرات اللفظية وغير اللفظية لإخفاء ردود الفعل السلبية .

ويقوم المعالج المعرفى – كجزء من عملية العائد المنتظم – بتبرير كل شكل من أشكال التدخل ، ويساعد ذلك على تجزئة العملية العلاجية وتسهيل الإجابة عن تساؤلات المريض حول مصداقية طريقة معينة للعلاج . يضاف إلى ذلك أن المرضى يصبحون أكثر ميلاً إلى المشاركة من حيث المبدأ ، عندما يفهمون الصلة بين الأسلوب العلاجى المعين أو الواجبات التى يستخدمها المعالج وحل المشكلات.

العامل الثالث فى عملية العائد هو إتاحة الفرصة للمعالج للتحقق المنتظم ، وتحديد ما إذا كان المريض قد فهم المعلومات التى قدمها له أم لا ، فأحياناً ما يوافق المرضى على صياغة معينة لمجرد الانصياع ، وعادة ما يكشف المرضى الاكتئابيون عن انصياع ومقاومة للحديث بشكل مباشر مع المعالج ، خوفاً من تعرضهم للرفض ، والنقد أو الوقوع فى الخطأ . وبالتالى فعلى المعالج أن يبذل جهداً إضافياً لاستنباط المشاعر والرغبات المتعلقة بانصياع أو امتثال المريض (مثال ذلك القلق من التعرض للرفض ، والرغبة فى الإرضاء) ، وأن يكون متنبهاً للمؤشرات اللفظية وغير اللفظية لكون المريض لم يفهم بالضرورة التفسيرات التى قدمت له .

ويقوم المعالج المعرفى – كجزء منتظم من عملية العائد اللصيقة بكل جلسة– بتوفير ملخص قصير لما تم فى الجلسة ، ويطلب من المريض أن يستخلص النقاط الأساسية الخاصة بالجلسة ويقوم بتدوينها . ويحتفظ المريض بهذا التلخيص لأغراض المراجعة خلال الأسبوع ، ويستخدم المعالج خلال ممارساته ملخصات قصيرة للغاية ثلاث مرات على الأقل ، خلال المقابلة العلاجية المقننة ، وذلك فى: إعداد برنامج الجلسة ،خلاصة فى منتصف الجلسة للمواد التى تمت تغطيتها عند هذه النقطة ، وتلخيص أخير للنقاط الأساسية للجلسة . وعموماً يستجيب المرضى بترحيب لاستنباط العائد ولتقديم هذه الملخصات القصيرة . وقد لاحظنا أن تطور التعاطف والتعاون يتيسر بهذه الأساليب .

التجريبية التعاونية

عندما تتشكل العلاقة العلاجية التعاونية بنجاح ، فإن المريض والمعالج يعملان بوصفهما فريق فاحص . وعلى الرغم من أننا سنفصل القول فى عمليات الفحص فيما بعد ، إلا أنه من المناسب أن نقدمها فى سياق العلاقة التعاونية ، فبوصفهما فريقاً يقوم المريض والمعالج بتناول أفكار المريض الآلية ومخططاته

بالطريقة التى يتناول بها العلماء الأسئلة : أى تصبح كل فكرة وكل مخطط بمثابة فرض يتعين اختباره ، ويتم جمع الدلائل التى تدعمه أو تدحضه . والأحداث الماضية ، والظروف الحاضرة ، واحتمالات المستقبل هى البيانات ، التى تشكل الدلائل والاستخلاصات لقبول أو رفض الفرض ، ويجرى التوصل لها بالمشاركة من خلال إخضاع الدلائل للتحليل المنطقى ، وتبتكر التجارب لاختبار صدق معارف معينة . ولا يحتاج المعالج المعرفى لأقناع المريض بلا منطقيته أو عدم اتساقه مع الواقع ، طالما أن المرضى هم الذين «يكتشفون» عدم اتساقهم . وتعد هذه العمليات التوجيهية للاكتشاف أسلوباً تعليمياً مقبولاً على نطاق واسع ، وهى واحدة من المكونات الحيوية فى العلاج المعرفى .

خطوات العلاج المعرفي

سنحاول هنا إيصال الحس الخاص بطريقة تنظيم جلسات العلاج المعرفى والفهم الخاص بالبرنامج العلاجى . وسيلى هذا الجزء مناقشة تفصيلية لأساليب معينة .

الجلسات الأولي

أحد الأهداف الرئيسية للمقابلة الأولى هو تلطيف أو تخفيف بعض الأعراض ، ويخدم تلطيف الأعراض أحتياجات المريض من خلال خفضه لمعاناته ، كما يساعد أيضاً على تنمية التعاون والمشاركة والثقة فى العملية العلاجية . ويتعين أن يعتمد تخفيف الأعراض على أكثر من مجرد التعاون والتعاطف ، وما يتضمنانهما من وعود بالشفاء . وعلى الرغم من ذلك فإن المعالج المعرفى يسعى لتقديم أساس منطقى للتأكيدات ، من خلال محاولته تحديد مجموعة من المشكلات وعرض بعض استراتيجيات التعامل معها .

ويستمر تحديد المشكلات ليصبح هدفاً فى المراحل المبكرة من العلاج ، ويعمل المعالج مع المريض على تحديد المشكلات الخاصة به والتركيز عليها خلال جلسات العلاج . ويقوم المعالج المعرفى بذلك من خلال الحصول على فكرة كاملة بقدر المستطاع عن صعوبات المريض النفسية ، وظروف حياته ، كما يسعى المعالج أيضاً للحصول على تفاصيل حول مدى عمق الاكتئاب والأعر المعينة ، ويهتم المعالج المعرفي علي وجه الخصوص بكيفية نظر المرضي لمشكلاتهم الشخصية .

وما أن يتم تحديد المشكلات النوعية ، حتى يبدأ المعالج والمريض فى وضع أولويات هذه المشكلات ، وتتخذ القرارات على أساس القابلية للتغير العلاجى ومركزية المشكلة الحياتية ، أو المعرفية بالنسبة للكدر الوجدانى للمريض . وعلى المعالج أن ينظر إلى العلاقات بين أفكار معينة وظروف الحياة المعينة ومشاعر الكدر لدى المريض ؛ بهدف تحديد الأولويات بصورة فعالة .

هدف آخر للجلسة الأولى هو عرض العلاقة الوثيقة بين المعرفة والوجدان ، فعندما يكون المعالج قادراً على ملاحظة التغيرات المزاجية للمريض (البكاء مثلا) ، فعليه أن يشير إلى هذا التغير الحادث ، ويسأل المريض عن أفكاره قبل حدوث هذا التغير المزاجى مباشرة .. وعندئذ يقوم المعالج بالتعريف بالأفكار السلبية والإشارة إلى علاقتها بالتغير فى الحالة المزاجية . ويبدأ المعالج فى إعداد الواجبات المنزلية فى اتجاه مساعدة المريض على رؤية العلاقة الوثيقة بين المعرفة والوجدان أو الانفعال .

وأحد المتطلبات المتكررة فى المرحلة الأولى من العلاج هى جعل المريض يألف العلاج المعرفى ، وإذا كان قد سبق للمرضى الخضوع لعلاج تحليلى أو روجرى على وجه الخصوص ، فإن الكثيرين منهم سيتوقعون استبصاراً أكثر وطريقة علاجية غير توجيهية . ويستطيع المعالج المعرفى تيسير الانتقال إلى علاج أكثر تحديداً ونشاطاً من خلال المحافظة على موقف عقلى ذى توجه نحو المشكلة . وهو الأمر الذى يستلزم دائماً مقاطعة رقيقة للمرضى ، الذين يميلون لتخمين مصادر مشكلاتهم ويسعون لتفسيرات لها من المعالج .

وأخيراً يتعين على المعالج أن يوضح ، خلال الجلسة الأولى ، أهمية مساعدة الذات بواسطة الواجبات المنزلية ، ويستطيع المعالج القيام بذلك من خلال تأكيد أن إنجاز الواجبات المنزلية أهم فى الحقيقة من الجلسة العلاجية نفسها . ويستطيع المعالج أيضاً تقديم حافز من خلال إيضاحه أن المرضى الذين يكملون الواجبات المنزلية ، يتحسنون عموماً بشكل أسرع . وسيتم تناول طبيعة مساعدة الواجبات المنزلية للذات وتطبيقاتها بتفصيل أكبر فى جزء تال من هذا الفصل .

- **تطور الجلسة العلاجية**

تبدأ كل جلسة بوضع جدول لها ، ويؤكد هذا الإجراء الاستخدام الأمثل لفترة زمنية محدودة نسبيّاً لحل المشكلات . وبصفة عامة يبدأ جدول الأعمال

بموجز عن خبرات المريض منذ الجلسة السابقة ، بما فى ذلك مناقشة للواجب المنزلى ، ثم يسأل المعالج المريض بعد ذلك عما يريد تناوله خلال الجلسة من موضوعات ، ودائماً ما يقدم عرضاً لموضوعات يمكن تناولها .

وعند إكمال قائمة قصيرة من المشكلات والموضوعات ، يحدد المريض والمعالج ترتيب تغطية هذه الموضوعات والوقت المسموح به لكل منها ، إذا كان ذلك ضرورياً . وهناك عدد من القضايا التى يتعين وضعها فى الاعتبار عند إقرار الأولويات من ذلك مرحلة العلاج ، وحدة الاكتئاب ، واحتمال إحداث تقدم فى حل المشكلات ، وإمكانات مقاومة تأثير موضوع أو سياق معين . والمعالج السلوكى حساس لرغبات المرضى الطارئة للحديث عن شىء ما يبدو مهما لهم فى لحظة معينة ، وهو يستجيب لذلك ، حتى إذا بدا أن مثل هذه المناقشة غير مجدية فى ضوء الأهداف الأخرى ، ويعد هذا النوع من المرونة سمة للعلاقة العلاجية التعاونية .

وبعد تغطية الموضوعات الأولية ينتقل المريض والمعالج للمشكلة الأولى والثانية ، التى تم التخطيط لتناولها فى الجلسة . ويبدأ المعالج مناقشة المشكلة بتوجيه سلسلة من الأسئلة التى صممت لتوضيح صعوبة المريض . ويسعى المعالج من خلال ذلك إلى تحديد ما إذا كانت مخططات سوء التوافق المبكر ، وسوء تفسير الأحداث ، أو التوقعات غير الواقعية متضمنة فى تفكير المريض . كما يسعى أيضاً للكشف عن ما إذا كانت كل الحلول الممكنة للمشكلة قد وضعت فى الاعتبار أم لا . وتوحى إجابات المريض للمعالج بصياغة معرفية سلوكية حول أسباب وجود الصعوبة لديه فى المجال المعين موضوع الاهتمام ، وهنا سيتبين المعالج الفكرة أو الفكرتين الجوهريتين ، والمخططات والصور العقلية ، أو السلوك الذى يتعين العمل عليه . وعند اختيار المشكلة المستهدفة يختار المعالج الأساليب المعرفية أو السلوكية التى سيطبقها ، ويشرك المريض معه بتعريفة المنطق وراءها . والأساليب النوعية المستخدمة فى العلاج موصوفة فى الأجزاء التالية من هذا الفصل .

ويطلب المعالج من المريض ، قرب انتهاء الجلسة ، أن يقدم تلخيصاً ، وغالباً ما يكون هذا التلخيص كتابة ، حول الاستخلاصات الأساسية ، التى أمكن التوصل إليها خلال الجلسة ، ويسأل المعالج المريض عن ردود فعله للجلسة ؛ وذلك للتأكد مما إذا كان قد قيل أى شىء قاطع الجلسة ، ولكى يستبق أى ردود فعل سلبية متأخرة تلى المقابلة . وأخيراً يعطى المعالج واجباً منزلياً للمريض ، مصمماً

لمساعدته على تطبيق المهارات المعينة المستخلصة من الجلسة على المشكلات خلال الأسبوع التالى .

تطور مضمون الجلسة مع الوقت

على الرغم من أن بنية جلسات العلاج المعرفى لا تتغير خلال برنامج العلاج ، إلا أن المضمون غالباً ما يتغير جوهرياً ، فالمرحلة الأولى من العلاج ، أى مرحلة خفض الأعراض تركز على التغلب على اليأس ، وعلى تحديد المشكلات ، وإقرار الأولويات ، وتحقيق آلفة المفحوص بالعلاج المعرفى ، وإقامة العلاقة التعاونية ، وعرض العلاقة بين المعارف والمشاعر وتسمية أخطاء التفكير ، والوصول إلى تقدم سريع فى مشكلة مستهدفة . ويركز العلاج أساساً على أعراض المريض ، مع العناية بالصعوبات السلوكية والدافعية ، وما أن يظهر المريض بعض التغير الجوهرى فى هذه المجالات ، حتى يتحول التركيز على مضمون ونمط تفكير المريض .

وعلى النقيض من المرحلة الأولى ، فإن المرحلة الثانية ، أو مرحلة التركيز على المخططات تؤكد على منع الانتكاس . وما أن يشعر المريض أنه أقل اكتئاباً حتى يتحول المعالج والمريض من أفكار معينة حول مشكلات نوعية إلى بؤرة المخططات حول الذات والحياة ؛ إذ إن هذه المخططات هى التى تقف خلف عديد من مشكلات المريض . وما أن تحدد حتى تكشف عن القواعد والصياغات التى يتطور من خلالها تعلم الأفراد كيفية فهم العالم ، وتستمر المخططات فى تحديد كيف ينظمون إدراكاتهم فى معارف ، ويضعون الأهداف ، ويقيمون ويعدلون السلوك ، ويفهمون الأحداث فى حياتهم . ويهدف العلاج المعرفى لإبطال تأثيرات المخططات واستبدال مناخ جديدة بالأساليب والطرق غير السوية . وإذا كانت المخططات نفسها يمكن أن تتغير ، فإننا نعتقد أن المريض سيصبح أقل عرضة للأكتئاب مستقبلاً ، ويذكر ريم Rehm (1990) الاتى :

> **يمكن تحت ظروف الحياة المعتادة إحلال مخططات أكثر واقعية، بدلاً من المخططات السلبية ، غير أنها تظل غير مستخدمة بوصفها مخططات كامنة مع إمكانية تنشيطها تحت ظروف الفقدان . وقد تصبح هذه المخططات كامنة مرة أخرى مع الوقت وتحسن الظروف ، مالم تعدل ببعض التدخل .** (p.80)

ويأخذ المريض على عاتقه فى هذه المرحلة مسئولية متزايدة فى تحديد المشكلات واقتراح الحلول ، وتطبيق هذه الحلول من خلال الواجبات المنزلية ، كما يأخذ المعالج على عاتقه بقدر متزايد دور المرشد أو الناصح ، مع تعليم المريض كيفية تطبيق الأساليب العلاجية دون مساعدة . وما أن يصبح المريض حلالاً فعالاً للمشكلات ، حتى ينخفض عدد الجلسات ثم يتوقف العلاج .

ونكرس بقية هذا الفصل لتقديم وصف تفصيلى لمرحلتى العلاج .

المرحلة الأولي : خفض الأعراض

الأساليب المعرفية

توفر الأساليب المعرفية النوعية نقاط الدخول إلى النظام المعرفى للمريض . ويستخدم المعالج المعرفى أساليب لأستخلاص الأفكار الآلية ، واختبارها ، وتحديد المخططات بهدف مساعدة كل من المعالج والمريض على فهم بنية واقع المريض . ومن المهم عند تطبيق أساليب معرفية نوعية فى العلاج أن يعمل المعالج ، من خلال النموذج المعرفى للأكتئاب . وسنناقش على التوالى كل مجموعة من الأساليب .

استخلاص الأفكار الآلية

الأفكار الآلية هى تلك الأفكار التى تعترض الأحداث الخارجية ، وردود فعل الفرد الانفعالية نحو هذه الأحداث . وغالباً ما تمضى دون أن تلاحظ ؛ لأنها جزء من النمط الإدراكى للتفكير ، ولأنها تحدث دائماً وبسرعة شديدة . ونادراً ما نتوقف لتقييم مصداقيتها لأنها شديدة القابلية للتصديق ، ومألوفة ومعتادة . ويجب أن يتعلم المريض فى العلاج المعرفى كيفية تعرف هذه الأفكار الآلية ؛ حتى يقوم العلاج بدوره بصورة فعالة . ويقوم المعالج المعرفى والمريض بجهد مشترك لاكتشاف الأفكار المعينة ، التى تسبق انفعالات مثل الغضب والحزن والقلق . ويستخدم المعالجون الأسئلة ، والتخيل ولعب الأدوار لاستخلاص الأفكار الآلية .

وأبسط الطرق لأكتشاف الأفكار الآلية ، هى أن يسأل المعالج المرضى عن أى الأفكار تراودهم استجابة لأحداث معينة ، وتوفر هذه الأسئلة للمرضى نموذجاً للاستكشاف الاستبطانى ، الذى يمكنهم استخدامه بأنفسهم بعد إكمال العلاج وفى غيبة المعالج .

والبديل لهذا الأسلوب ، عندما يكون المريض قادراً على تحديد هذه الاحداث الخارجية والمواقف التى تثتثير استجابة انفعالية معينة ، أن يستخدم المعالج التخيل ، وذلك بسؤال المريض أن يستعيد صورة بالتفصيل . ودائماً ما يكون المريض قادراً على تحديد الأفكار الآلية المتصلة بمواقف حقيقة ، عندما تكون الصورة المتخيلة واضحة . ويطلب المعالج من المرضى فى هذا الأسلوب أن يسترخوا ويغلقوا أعينهم ، ويتخيلوا أنفسهم فى الموقف المثير للكدر ، ويصف المرضى بالتفصيل ما الذى يحدث عندما يستعيدون الحدث .

وإذا كان الحدث ذا طابع تفاعلى ، فيستطيع المعالج المعرفى استخدام لعب الأدوار . ويلعب المعالج دور الشخص الآخر فى المواجهة ، بينما يلعب المرضى أدوارهم الشخصية ، وعادة ما يمكن أستثارة الأفكار الآلية ، عندما يكون المرضى مستغرقين تماماً فى لعب الدور .

وعلى المعالج أن يكون حريصاً عند محاولة استثارة الأفكار الآلية فى ملاحظة التغيرات المزاجية ، التى تحدث خلال الجلسة ، والإشارة اليها ، وأن يسأل المريض عن أفكاره قبل التحول المزاجى مباشرة . وتتضمن التغيرات المزاجية أية ردود فعل أنفعالية ، مثل انهمار الدموع أو الغضب . ويمكن لهذا الأسلوب أن يكون مفيداً عندما يكون المعالج فى بداية تعلم كيفية تحديد الأفكار التلقائية .

ويطلب من المرضى الإحتفاظ بسجل يومى للأفكار المرضية ، بمجرد أن يصبحوا على آلفة بأساليب تحديد هذه الأفكار الآلية (انظر شكل٢ :٦ Beck et al., 1979) ويستخدمونه فى تسجيل الانفعالات والأفكار الآلية التى تحدث فى المواقف المثيرة للأسى بين جلسات العلاج ، ويعلمونهم فى الجلسات التالية كيفية تطوير استجابات عقلانية لأفكارهم التلقائية المرضية ، وتسجيلها فى عمود خاص فى السجل اليومى .

وبصفة عامة ، يقوم المعالج والمريض بمراجعة التسجيل اليومى للأسبوع المنصرم حتى قرب الجلسة العلاجية التالية . ويتعين التمييز بين استثارة الأفكار الآلية وعمليات التفسير فى العلاجات النفسية الأخرى ؛ فالمعالج المعرفى يعمل بصفة عامة مع هذه الأفكار الآلية التى يشير إليها المرضى فقط . اما الإيحاء بأفكار للمرضى فقد يقوض التعاون بين المعالج والمريض ، كما قد يؤدى إلى كبح

إمكانيـة تعلم المرضى كيف يواصلون العمل بمفردهم .. وعلى الرغم من ذلك ، وكملجاء أخير ، وعندما تفشل الاستراتيجية غير التوجيهية ، فقد يوفر المعالج المعرفى بعض الأفكار الآلية الممكنة سائلاً المريض أياً منها هو الذى يراوده .

النتائج	استجابة عقلانية	فكرة أو أفكار آلية	انفعال انفعالات	الموقف
النتائج ١ - أعد تقدير اعتقادك في الأفكار الآلية من صفر - ١٠٠٪ ٢ - حدد وقدر الانفعالات المترتبة عليها علي مقياس من صفر - ١٠٠	أستجابة عقلانية ١ - أكتب الاستجابة العقلانية للفكرة أو الأفكار الآلية . ٢ - قدر مدي اعتقادك في الفكرة العقلانية علي مقياس من صفر- ١٠٠	١ - اكتب الفكرة أو الأفكار الآلية التي تسبق الانفعال . ٢ - قدر مدي اعتقادك في الفكرة أو الأفكار الآلية بنسبة من صفر - ١٠٠٪	١ - حزن محدد/قلق أو غضب قدر درجة الانفعال على مقياس من ١ - ١٠٠	وصف ١ - حدث حقيقي يؤدي إلي مشاعر غير سارة أو ٢ - أفكار متدفقة ، أو أحلام يقظة، أو ذكريات تؤدي لمشاعر غير سارة

إيضاح : عندما تختبر انفعالاً غير سار ، اذكر الموقف الذي يبدو أنه يؤدي إلي استثارة هذا الانفعال (إذا حدث الانفعال أثناء تفكيرك ، أو أحلام يقظتك ، إلخ، فسجل ذلك أيضاً من فضلك) ثم سجل الأفكار الآلية المرتبطة بهذا الانفعال . وسجل درجة اعتقادك في هذه الأفكار ، ويعني الصفر عدم الاعتقاد في صحتها علي الاطلاق ، ١٠٠٪ تعني أنك تؤمن تماماً بصحتها ، وفي تقديرك للانفعال فإن الدرجة ١ تعني مجرد تأثر والدرجة ١٠٠ أشد ما يمكن .

شكل (٢ – ٦) السجل اليومى للأفكار غير السوية .

وقد تظل الأفكار غير متاحة فى بعض الأحيان ، حتى بعد بذل المعالج كثير من الجهد لأستثارة الأفكار الآلية ، وعندما تكون هذه هى الحالة ، فعلى المعالج المعرفى أن يحاول تأكيد المعنى المعين للحدث الذى يستثير رد الفعل

الانفعالى ، مثال ذلك قيام إحدى المريضات بالبكاء عندما تكون فى جدال مع صديقتها ورفيقة حجرتها . وقد برهنت جهود استثارة الأفكار الآلية على أنها ناجحة ، فما أن سال المعالج سلسلة من الأسئلة لتحديد معنى الحدث حتى أصبح من الواضح أن المريضة تربط بين اشتراكها فى جدال أو عراك ونهاية علاقتها بصديقتها .

وكان المعالج والمريضة قادرين من خلال هذا الإجراء على إدراك المعنى الذى يستثير البكاء .

اختبار الأفكار الآلية

عندما يعمل المعالج والمريض على عزل فكرة آلية محورية ، فإنهما يتعاملان معها بوصفها فرضاً قابلاً للاختبار . وهذا المنحى العلمى أساسى فى العلاج المعرفى ، وحيث يتعلم المريض كيف يفكر بطريقة تشبه عمليات الفحص. ومن خلال إجراءات جمع البيانات ، وتقييم الدلائل ، والخروج باستخلاصات يتعلم المريض فى المقام الأول أن فكرة المرء عن الواقع قد تكون مختلفة تماماً عن هذا الواقع . ويتعلم المرضى من خلال تصميم تجارب كيفية إخضاع أفكارهم الآلية للتحليل الموضوعى ، وكيف يعدلون تفكيرهم لأنهم يتعلمون «عملية» التفكير العقلانى ، ويصبح المرضى الذين يتعلمون بهذه الطريقة خلال العلاج المعرفى ، قادرين على مواصلة هذا المنحى التجريبى بشكل أفضل بعد النهاية الرسمية للعلاج .

ويقوم المعالج المعرفى باختبار الأفكار الآلية من خلال سؤال المرضى أن يضعوا قائمة بالدلائل المستخلصة من خبراتهم المؤيدة والداحضة للفروض . وأحياناً ما يقوم المرضى فور التفكير فى الدلائل برفض الفكرة الآلية ، معترفين أنها إما مشوهة أو زائفة تماماً .

وعندما لا تكون الخبرة السابقة كافية أو ملائمة لاختبار الفروض ، يطلب المعالج من المريض تصميم تجربة لهذا الغرض ، وعلى المريض أن يقوم بتنبؤ ، ثم يتقدم نحو جمع البيانات . وعندما تتعارض البيانات مع التنبؤ ، يستطيع المريض رفض الفكرة الآلية . وبالطبع قد يحدث أن تكون النتيجة مؤيدة لتنبؤ المريض ، وبالتالى فمن المهم للغاية ألا يفترض المعالج أن فكرة المريض الآلية شوهت .

وهناك بعض الأفكار الآلية غير الطيعة لاختبار الفروض من خلال فحص الدلائل . ويوجد بديلان متاحان فى هذه الحالات : فقد يقدم المعالج الدليل من خبرته الشخصية فى صورة سؤال يكشف عن التناقض ، أو يستطيع المعالج أن يسأل سؤالاً يستهدف الكشف عن الأخطاء المنطقية الكامنة فى اعتقاد المريض . وعلى سبيل المثال ، قد يقول المعالج للمريض الذى يكون على يقين من أنه لا يستطيع العيش دون علاقة شخصية وثيقة : «لقد كنت وحيداً طوال العام الماضى ، وقد كنت تعيش بصورة رائعة ، فما الذى يجعلك لا تستطيع العيش الآن ؟» .

وأحياناً ما يكون من الضرورى ، فى اختبار الأفكار الآلية ، صقل استخدام المريض للكلمات ، وهذا الأمر صحيح على وجه الخصوص بالنسبة للكلمات ، التى تحمل مسميات عامة ، مثل : «سيىء» و «غبى» و «أنانى» . والمطلوب فى هذه الحالة توفير تعريف إجرائى للكلمة ، ويوضح ذلك أن أحد المرضى فى عيادتنا كانت لديه فكرة تلقائية متكررة ، هى «أنا فاشل فى الرياضيات» ، وكان على المعالج والمريض القيام بتحديد معنى كلمة فاشل قبل بداية اختبار الفكرة ، وقاما بوضع تعريف إجرائى «للفشل فى الرياضيات» ، باعتباره عدم القدرة على تحقيق درجة «جيد» بعد فحص مقدار الاستذكار بقدر مناظر لمتوسط استذكار تلامذة الفصل . وبذلك أصبح من الممكن فحص الدلائل السابقة واختبار صدق الفرض . وتساعد هذه العملية المرضى على رؤية كل الدلالات ، التى يتضمنها تقييمهم السلبى لذواتهم ، والطبيعة الخاصة للكثير من الأفكار الآلية .

ويعد إعادة الإعزاء (١) أسلوب آخر مفيد فى مساعدة المريض على رفض فكرة لوم الذات غير الملائمة . ولوم الذات أو تحمل المرء مسئولية الأحداث السلبية والمناوئة من الأنماط المعتادة فى الاكتئاب . ويمكن استخدام إعادة الإعزاء ، عندما يقوم المريض بطريقة غير واقعية بعزو الأحداث السلبية لعيب شخصى فيه مثل نقص قدرته أو مجهوده . ويقوم المعالج والمريض بمراجعة الأحداث أو الوقائع المتعلقة ، واستخدام المنطق فى فحص البيانات المتاحة للتوصل إلى تحديدات أكثر واقعية للمسئولية . وليس الهدف من إعادة الإعزاء حل المريض من كل المسئوليات ، بل فحص العوامل العديدة التى تسهم فى الأحداث السيئة . ويكتسب المرضى الموضوعية من خلال هذه العملية ، ويخلصون أنفسهم من

(1) Reattribution

عبء تأنيبهم لذواتهم ، وعندئذ يستطيعون البحث عن طرق لحل المشكلات الواقعية أو منع تكرارها .

ثمة استراتيجة أخرى تتضمن إعادة الإعزاء ، هى أن يبين المعالج للمرضى أنهم يستخدمون فى إلقائهم المسئولية على سلوكهم الشخصى غير المقبول محكات أكثر تزمتاً من تلك التى يستخدمونها فى تقييمهم لسلوك الآخرين. ويستخدم المعالج المعرفى إعادة الإعزاء أيضاً ليبين للمرضى أن بعض أفكارهم أو مشكلاتهم السلوكية يمكن أن تكون أعراضاً للاكتئاب (مثال ذلك نقص التركيز) ، وليست علامات على اعتلال بدنى .

وعندما يكون المريض دقيقاً فى تحديد المشكلات الواقعية أو نقص المهارة، يستطيع المعالج المعرفى أستخدام أسلوب توليد البدائل ، والذى يقوم المعالج والمريض من خلاله بالبحث النشط عن الحلول البديلة . ولأن تبريرات الأشخاص المكتئبين دائماً ما تكون محددة ، فإن قدراً من الجهد فى إعادة صياغة المشكلة ، يمكن أن يؤدى إلى رؤية المريض لحل قابل للتطبيق ، ربما يكون قد رفضه من قبل .

ويتعين ملاحظة أن الأساليب المعرفية التى عرضت فيما سبق ، تتطلب جميعها استخدام المعالج للأسئلة . وأحد الأخطاء الشائعة التى يتكرر ملاحظها لدى المعالجين المعرفيين الجدد لجوؤهم إلى النصح . وقد وجدنا أن المعالجين يستطيعون مساعدة المرضى على تغيير أفكارهم بشكل أكثر فاعلية ، من خلال أسئلة مقننة بحرص ، وإذا تم تشجيع المرضى على العمل بطريقتهم الخاصة فى حل المشكلات، وتوصلوا من ذلك إلى استخلاصاتهم الخاصة .. فإنهم سيتعلمون طريقة فعالة فى حل المشكلات .

وسنفصل فيما بعد ، فى هذا الفصل ، طرق استخدام الأسئلة فى العلاج المعرفى .

الأساليب السلوكية

تستخدم الأساليب السلوكية خلال برنامج العلاج المعرفى ، ولكنها تتركز بصفة عامة خلال المراحل المبكرة من العلاج . والأساليب السلوكية ضرورية على وجه الخصوص لأولئك الذين يعانون من الاكتئاب الحاد والسلبيين والمغمومين والمنسحبين اجتماعيّاً وغير القادرين على التركيز لفترات طويلة

ممتدة من الوقت . وبإشراك انتباه المريض واهتمامه ، يحاول المعالج المعرفى حث المريض على تحدى الانسحاب ، وإن يصبح أكثر ضلوعاً فى أنشطة بناءة .

ويختار المعالج الأساليب السلوكية التى تساعد المريض على التغلب بفاعلية أكبر على المشكلات الموقفية ، والتفاعلية من بين مجموعة متنوعة من الأساليب السلوكية .

ويستخدم المرضى إجراءات معينة ، من خلال الواجبات المنزلية ، للتعامل مع مواقف محددة ، كما يستخدمون الوقت بصورة أكثر توافقاً .

ويستخدم المعالج المعرفى الأساليب السلوكية بهدف تعديل الأفكار الآلية ؛ مثال ذلك أن مريضاً يعتقد «لا أستطيع الاستمرار مع أى شيء أكثر من ذلك» يمكنه تعديل هذه الفكرة بعد إكماله سلسلة من المهام المتدرجة المصممة لتنمية التمكن والإتقان . ويدور المرضى الاكتئابيون فى حلقات مفرغة ؛ حيث يؤدى انخفاض نشاطهم إلى وصفهم لذواتهم بأوصاف سلبية ، ويؤدى ذلك بالتالى إلى مزيد من نقص المبادرة وانعدام تال للنشاط ، ويؤدى التدخل باستخدام الأساليب السلوكية إلى تغيير هذا النمط الذاتى الهدام .

وأكثر الأساليب السلوكية شيوعاً فى الاستخدام تتضمن قوائم الأنشطة ، التى تحتوى على تمرينات للتفوق وتحقيق البهجة ، والبروفات المعرفية ، وتمرينات الاعتماد على الذات ، ولعب الأدوار ، واساليب التحويل . وتستخدم قوائم الأنشطة بكثرة فى المراحل المبكرة من العلاج المعرفى لمواجهة فقدان الدافعية واليأس ، والافراط فى اجترار الأفكار .

ويستخدم المعالج قائمة النشاط لتخطيط الأنشطة ساعة بساعة ، ويوماً بعد يوم (انظر شكل ٣ – ٦) ، ويواصل المرضى تسجيل الأنشطة التى يقومون بها بمعدل مرة كل ساعة ، كما تساعد قائمة النشاط المرضى على الحصول على متعة أكبر وإحساس أفضل بالإنجاز من الأنشطة التى تسجل على أسس يومية . ويقدر المرضى كل نشاط منجز (باستخدام مقياس من صفر إلى ١٠) لكل من درجة التمكن والمتعة المصاحبة ، وعادة ما يناقض التقدير معتقدات المرضى حول أنهم اصبحوا لا يستطيعون إنجاز شيء أو الاستمتاع به .

وأحياناً ما يجد المعالج أنه من الضرورى ، بهدف مساعدة بعض المرضى على بدء الأنشطة المتقنة والباعثة على البهجة ، القيام بتجزئة أحد الأنشطة إلى أجزاء تتراوح بين الاكثر سهولة إلى الأكثر صعوبة وتعقيداً . ونحن نطلق على هذا

الأسلوب اسم «منحى المهام المتدرجة» وتساعد هذه التجزئة المرضى الاكتئابيين على إنجاز المهام ، التى كانت غير ممكنة فى البداية وبالتالى توفر برهانا على النجاح .

وتتطلب البروفات المعرفية سؤال المريض أن يتصور أو يتخيل كل خطوة متضمنة فى إنجاز مهمة معينة . وهذا الأسلوب مفيد على وجه الخصوص لأولئك المرضى ، الذين يعانون من صعوبة القيام بمهمة تتطلب خطوات متتالية لإتمامها. وأحياناً ما يكون ضعف القدرة على التركيز هو الذى يؤدى إلى صعوبات المرضى فى تركيز انتباههم على المهمة المحددة .

ملحوظة : الأنشطة المتدرجة – ت للتمكن ، ب للاستمتاع من صفر – ١٠

الوقت	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	الأحد
٦ – ٧ صباحاً							
٧ – ٨							
٨ – ٩							
٩ – ١٠							
١٠ – ١١							
١١ – ١٢							
١٢ – ١							
١ – ٢							
٢ – ٣ ظهراً							
٣ – ٤							
٤ – ٥							
٥ – ٦							
٦ – ٧							
٧ – ٨							
٨ – ٩ مساءً							
٩ – ١٠							
١٠ – ١١							
١١ – ١٢							

جدول (٣ – ٦) قائمة الأنشطة الأسبوعية .

ويساعد التخيل الذى يستثار بأسلوب البروفات المعرفية المريض على التركيز ، كما يساعد المعالج على تحديد المعوقات ، التى تجعل الواجبات صعبة بالنسبة لمريض معين .

ويعتمد بعض المرضى الاكتئابيين على غيرهم للعناية بأغلب احتياجاتهم اليومية ، ويتعلم المرضى من خلال تدريبات الاعتماد على الذات أن يأخذوا على عاتقهم مسئوليات متزايدة فى الأنشطة الروتينية ، مثل : الاستحمام ، وترتيب أسرتهم ، وتنظيف المنزل ، وطبخ وجباتهم والتسوق . ويتضمن الاعتماد على الذات تنمية التحكم فى ردود الفعل الانفعالية .

وللعب الأدوار استخدامات متعددة فى العلاج المعرفى ، فقد يستخدم لاستخلاص الأفكار الآلية من خلال تمثيل موقف تفاعلى معين مثل مواجهة .. مع مشرف العمل . كما يمكن أيضاً استخدام لعب الأدوار خلال الواجبات المنزلية؛ لأرشاد المريض لممارسة وتطبيق استجابات معرفية جديدة فى المواجهات المعرفية للمشكلة . استخدام ثالث للعب الأدوار ، هو عمل بروفات لأشكال سلوكية جديدة ، وبالتالى فإنه لعب الأدوار يمكن إستخدامه كجزء من التدريب التوكيدى ، ودائماً ما تصاحبه نمذجة ومرانه .

وقلب الأدوار عبارة عن تنويع فى ممارسة لعب الدور ، يمكن أن يكون شديد الفعالية فى مساعدة المرضى على اختبار كيف يمكن للآخرين رؤية سلوكهم . ويتضح ذلك بصورة جيدة فى حالة مريضة ، تعرضت «لخبرة مهينة أثناء شرائها لبعض الملابس من أحد المتاجر ، وبعد لعبها لدور الصراف ، استخلصت المريضة أنها كانت تفتقر للبيانات الكافية للنتيجة ، التى سبق أن توصلت إليها ، وهى أنها ظهرت فى صورة الخرقاء الحمقاء . ويبدأ المرضى من خلال قلب الأدوار فى رؤية أنهم بقدر أقل من القسوة أنهم استخلصوا استجابات تتعاطف مع ذواتهم .

أخيراً ، يقدم المعالج أساليب تحويل مختلفة لمساعدة المريض على تعلم خفض شدة الآثار المؤلمة . ويتعلم المريض كيف يحول التفكير السلبى من خلال نشاط بدنى وصلات اجتماعية ، وعمل ، ولعب ، وتخيل بصرى ، إلى تفكير إيجابى . وتساعد ممارسة أساليب التحويل المريض على أن يكتسب أيضاً تحكماً إضافياً فى ردود الفعل الانفعالية .

طرح الأسئلة

كما أكدنا على امتداد هذا الفصل ، فإن طرح الأسئلة أو الاستجواب أداة علاجية معرفية رئيسة . وأغلب تعلقيات المعالج خلال جلسة العلاج عبارة عن أسئلة ، ويمكن للسؤال الواحد أن يخدم عدة أغراض في الوقت نفسه ، بينما يمكن لسلسلة من الأسئلة جيدة التصميم مساعدة المريض على التفكير في قضية معينة ، أو قرار أو رأى . ويسعى المعالج المعرفى لاستنباط ما يفكر فيه المرضى من خلال طرح الأسئلة ، ويحاول المعالج تجنب إخبار المريض بما يفكر هو فيه شخصياً . وتستخدم الأسئلة فى بداية العلاج للحصول على صورة كاملة وتفصيلية لمشكلات المريض النوعية . كما تستخدم لتعرف خلفيته والبيانات التشخيصية ، ولتقييم تحمل المريض للضغوط ، ومدى تمكنه من القيام بالاستبطان ، وأساليبه فى التغلب ، إلخ . وللحصول على معلومات عن مواقف المريض الخارجية وسياق تفاعله الشخصى ولتعديل الشكاوى غير الواضحة ، من خلال العمل مع المريض ؛ للوصول إلى مشكلات نوعية مستهدفة يمكن العمل عليها .

ويستخدم المعالج ، مع تقدم العلاج ، الأسئلة للكشف عن كيفية تناول المريض للمشكلات ولمساعدته على تقدير المزايا والعيوب للحلول الممكنة ، ولفحص مترتبات الاستمرار فى سلوك غير توافقى ، ولأستخلاص الأفكار الآلية ولعرض مخططات سوء التوافق المبكر ومترتباتها . وباختصار .. فإن المعالج يستخدم الأسئلة فى أغلب الأساليب العلاجية المعرفية .

وبينما يعد الاستجواب فى حد ذاته وسيلة قوية لتحديد وتغيير الأفكار الآلية والمخططات ، فمن المهم أن تكون الأسئلة مصاغة بحرص ومهارة . وإذا استخدمت الأسئلة «لاصطياد «تناقض المرضى مع أنفسهم» ، فقد يشعر المرضى أن المعالج هاجمهم أو تلاعب بهم . ويؤدى استخدام كثير من الأسئلة ذات النهاية المفتوحة لجعل المرضى حائرين حول ما الذى يتوقعه منهم المعالج . وعلى المعالجين أن يعرفوا الوقت المناسب والصياغة الملائمة للأسئلة لمساعدة المرضى على تعرف أفكارهم ومخططاتهم وتقييم القضايا المختلفة موضوعيا .

الواجبات المنزلية لمساعدة الذات

المبررات

تعد التكليفات الخاصة بالواجبات المنزلية المنتظمة أمراً شديد الأهمية فى العلاج المعرفى ؛ فعندما يستخدم المرضى بشكل منتظم ما تعلموه خلال جلسات

العلاج فى حياتهم خارجها ، يصبح الاحتمال أكبر أن يحققوا تقدماً جوهرياً فى العلاج ، وأن يصبحوا قادرين على الحفاظ على ما حققوه بعد نهايته . ودائماً ما تكون التكليفات بواجبات منزلية يقوم بها المرضى ، هى الوسيلة المناسبة لجمعهم البيانات ، واختبار الفروض ، وبالتالى يبدأون فى تعديل أفكارهم ومخططاتهم . يضاف إلى ذلك أن البيانات التى تتوافر من خلال الواجبات المنزلية تساعد على تحويل محور العلاج من كونه ذاتياً ومجرداً ليصبح موضوعيا وعيانيا .

وعندما يقوم المعالج والمريض بمراجعة انشطة الاسبوع المنصرم أثناء الجزء المخصص من الجلسة لوضع جدول أعمالها ، فإنهم يقومون بذلك بسرعة ، ويستطيع المعالج توضيح العلاقات بين ماتم خلال الجلسة وبين مهام معينة . ومن هنا يمكن تجنب القضايا الهامشية والبعيدة عن الموضوع ، كما تساعد الواجبات المنزلية على زيادة اعتماد المريض على نفسه وتوفر له طرق الاستمرار فى العمل على حل المشكلات بعد نهاية العلاج . ويؤكد المعالجون المعرفيون أهمية الواجبات المنزلية ، من خلال إشراكهم المرضى فى القناعات المتعلقة بدورهم فى العلاج . وهم حريصون بالمثل على تفسير المنافع النوعية ، التى يمكن استخلاصها من كل واجب منزلى مفرد .

التكليفات بواجبات منزلية ومراجعتها

يصمم المعالج المعرفى كل تكليف بواجب منزلى للمريض المعين . ويتعين أن يكون الواجب على صلة مباشرة بمضمون الجلسة العلاجية ؛ حتى يفهم المريض الغرض منه وأهميته . ويتعين صياغة كل تكليف بوضوح وبشكل محدد، ويكتب من الواجب المنزلى نسختين قرب نهاية الجلسة ، يحتفظ المعالج بإحداهما ويحصل المريض على الأخرى .

وعادة ما تتضمن بعض الواجبات المنزلية قرأة كتاب أو مقال حول مشكلة معينة ، وممارسة لأساليب الاسترخاء أو تحويل الانتباه ، وعد الأفكار الآلية ، وتقدير الأنشطة من حيث إثارتها للمتعة ، والإحساس بالتمكن فى قائمة الأنشطة ، والاحتفاظ بسجل يومى للأفكار غير السوية ، والإنصات لشريط تسجيل للجلسة العلاجية .

ويقوم المعالجون خلال الجلسة بسؤال المرضى حول ردود أفعالهم للواجبات المنزلية ، وهم يسألون على سبيل المثال عما إذا كان الواجب واضحاً وسهل

التطبيق . وقد يطلب المعالج من المريض ، بهدف تحديد المعوقات المحتملة ، تخيل القيام بالخطوات التى يتضمنها الواجب . وقد يكون هذا الأسلوب مفيداً على وجه الخصوص ، خلال المراحل الأولى للعلاج ، ويأخذ المريض على عاتقه مسئولية أكبر فى تطوير الواجبات المنزلية ، مع تقدم العلاج خلال المرحلة المتوسطة والأخيرة منه .

ومن الضرورى أن يقوم المعالج والمريض بمراجعة الواجب المنزلى الخاص بالأسبوع السابق خلال جلسة العلاج نفسها ، وإذا لم يقوما بذلك ، فقد يستنتج المريض أن الواجب المنزلى غير مهم . وعلى المعالج والمريض القيام بمناقشة واجب الأسبوع الأخير ، خلال الجزء الأول من الجلسات العلاجية ، ثم يقوم المعالج بتلخيص النتائج .

الصعوبات الخاصة بإكمال الواجب المنزلي

عندما لا يكمل المرضى واجباتهم المنزلية أو يقومون بها دون اقتناع ، فإن المعالجين المعرفيين يستثيرون الأفكار الآلية والمخططات ، أو المشكلات السلوكية التى يمكن أن تساعد كلاً من المعالج والمريض على فهم أين توجد الصعوبة . ولا يقدم المعالج فروضاً أولية حول أن المريض مقاوم أو يمارس عدوانية سلبية . وعندما تحدد الصعوبات بنجاح يعمل المعالج والمريض متعاونين على التغلب عليها . ومن الشائع بالطبع بين المرضى أن توجد صعوبات فى إكمال الواجب المنزلى ، وسنتناول بعض المشكلات وطرق مواجهتها .

عندما لا يفهم المرضى الواجب المنزلى فهماً كاملاً ، فعلى المعالج أن يشرحه بقدر أكثر اكتمالاً ، محدداً توقعاته بالتفصيل ، وأحياناً ما يكون استخدام الأساليب السلوكية للبروفات المعرفية (التى سبق وصفها) مفيداً فى كل هذه المواقف .

ويعتقد بعض المرضى أنهم بطبيعتهم غير منظمين ، وأنهم لا يستطيعون الاحتفاظ بتسجيلات ومتابعة لواجباتهم تفصيلاً ، وعادة ما يستطيع المعالج دحض مثل هذه المعتقدات العامة ، من خلال سؤال المرضى عن الظروف التى يضعون فيها قوائم (أى عند التخطيط لرحلة أو القيام بجولة تسوق) ، كما يستطيع المعالج أن يسأل هؤلاء المرضى أيضاً عما إذا كانوا يستطيعون إكمال الواجب إذا ما تطلب الأمر وجود حافز أو مكافأة مادية ، وهذا النوع من الأسئلة يساعد

المريض على الاعتراف أن التحكم فى النفس ليس مشكلة ، أو أن المريض لا يعتقد بالأحرى أن وجود حافز أمر كبير الأهمية بما يكفي . وعندما يتوصل المريض إلى أن المشكلة تتعلق باتجاهاته فقط ، يستطيع المعالج والمريض مواصلة تعداد مزايا إكمال الواجب .

وقد يحتاج المرضى من أصحاب الاكتئاب الأكثر حدة المساعدة فى تنظيم وقتهم ؛ بحيث يصبح الواجب نشاطاً منتظماً ، وبصفة عامة يمكن تحقيق ذلك من خلال تحديد فترة زمنية معينة كل يوم لأداء الواجب المنزلى . ويستطيع المعالج ، إذا كان ذلك ضرورياً ، تقرير نظام للمكافأة أو العقاب للتأكد من اتمام الواجب المنزلى . مثال ذلك أن المرضى يستطيعون مكافأة أنفسهم لأكمالهم الواجب المنزلى بشراء شيء مميز ، أو معاقبة أنفسهم لعدم قيامهم بالواجب بالامتناع عن مشاهدة برنامج تلفزيونى محبوب . ويخشى بعض المرضى من الفشل فى أداء الواجب المنزلى بطريقة ملائمة . ويستطيع المعالج فى مثل هذه الحالات أن يفسر للمريض أن واجبات مساعدة الذات لا تفشل ؛ فالقيام بالواجب جزئياً يعد أكثر فائدة من عدم القيام به على الإطلاق . كما أن الأخطاء توفر معلومات قيمة عن المشكلات ، التى مازالت فى حاجة للعمل على حلها . يضاف إلى ذلك أنه طالما أن الأداء لا يقيم ، فلن يخسر المرضى إذا نظروا إلى النشاط من منظور أكثر توافقية .

وأحياناً ما يعتقد المرضى أن مشكلاتهم شديدة العمق والتعقيد ؛ بحيث تستعصى على الحل من خلال الواجبات المنزلية . ويستطيع المعالج أن يشرح لهؤلاء المرضى أنه حتى الأمور الأكثر تعقيداً تبدأ حلولها بخطوات عيانية صغيرة ومتسقة . من ذلك أن بعض المؤلفين يحلون مشكلة «عصيان الكتابة» من خلال تبنيهم الاتجاه الآتى «إذا لم أستطع تأليف كتاب ، فإننى أستطيع على الأقل كتابة فقرة» ، وعندما يتم كتابة عدد كافٍ من الفقرات ، فإن النتيجة تكون كتابا . ويستطيع المعالج والمريض التفكير فى مزايا وعيوب اعتقاد المريض أن المشكلات لا تحل من خلال الواجبات المنزلية . ويستطيع المعالج سؤال المريض أن يفحص الأمر قبل أن ينتهى إلى هذه النتيجة . وفى هذه الحالات التى يعتقد فيها المريض أنه لم يحقق قدراً كافياً من التقدم ، وبالتالى لم يكن الواجب المنزلى مفيداً ، يستطيع المعالج تقديم عرض تفصيلى للتقدم الذى احرزه المريض ، أو يستطيع مساعدة المريض على رؤية أن الامر يستغرق بعض الوقت قبل إدراك حدوث

تغير جوهري .

وعندما يبدأ المرضى في الامتعاض من تكليفهم بواجبات منزلية ، يستطيع المعالج تشجيعهم على اختيار تكليفاتهم بأنفسهم ، كما يتعين أيضاً على المعالج أن يقدم عدداً من البدائل ليختار المرضى من بينها ، على أن يكون عدم الإذعان للقيام بواجب منزلي أحد هذه البدائل ، وإذا اختار المرضى بديل عدم الإذعان ، يستطيع المعالج المساعدة على فحص المترتبات الناتجة عن اختيار هذا البديل .

وتتبقى بعد ذلك استراتيجية أخرى ، وهي أن يقدم المعالج للمرضى ممن لديهم هدف معين (التغلب على الاكتئاب) نموذجاً للعلاج بوصفه سلعة ، وأن هذه السلعة هي ما لدى المعالج من وسائل لتحقيق هذا الهدف الذي يسعون اليه ، وأن المرضى احرار في قبول هذه الوسائل أو رفضها بالقدر نفسه من الحرية ، الذي يملكونه في شراء سلعة أو عدم شرائها من السوق .

وعندما يقتنع المرضى أنه يمكن تحقيق التحسن دون الواجبات المنزلية ، يصبح أمام المعالجين بديلان : إما أن يقدموا خبرتهم الإكلينيكية الخاصة حول أن أغلب المرضى الذين يقتنعون بذلك قد ثبت خطاهم ، وكان تحسنهم أكثر بطئاً، والبديل الثاني هو أن يقوموا بتجربة لفترة محدودة لا يؤدي المرضى خلالها واجباتهم المنزلية ، ثم يقوم المعالج والمريض في نهاية هذه الفترة سابقة التحديد بتقييم مدى تحسن المريض خلالها . ومرة أخرى يجب أن يتمسك المعالج المعرفي بعقل متفتح ؛ فبعض المرضى يحققون بالفعل تحسناً جوهرياً دون إكمال الواجب المنزلي .

مشكلات خاصة

عادة ما يقع المعالج المعرفي المبتدىء في خطأ التمسك بالإجراءات المقننة، التي سبق وصفها حتى إذا لم تكن فعالة بصورة جيدة . ويجب أن يكون المعالج المعرفي على قدر كافٍ من المرونة لإجراء تعديلات تتوافق مع احتياجات المريض والمشكلات العديدة الخاصة التي تظهر عادة خلال العلاج . وقد صنفنا هذه المشكلات الخاصة في فئتين : صعوبات في العلاقات بين المعالج والمريض ، ومشكلات تتعلق بأن العلاج ذاته غير فعال .

صعوبات العلاقة بين المعالج والمريض

تتعلق المجموعة الأولى من المشكلات بعلاقة المعالج والمريض فى حد ذاتها . فعندما يبدأ المعالج فى إدراك أن المريض غير راضٍ أو عدوانى ، فمن المحتم أن يواجه المريض بهذه الملاحظات . وعندئذ يستطيع المعالج سؤال المريض عن صحة ملاحظاته ، وعن مشاعر المريض وأفكاره نحو المعالج . ومن الجوهرى أن يكون المعالج واعياً أن المرضى الاكتئابيين يمكن أن يسيئوا تفسير عديد من أساليب التدخل بصورة سلبية ، ويتعامل المعالجون – فى حالة إساءة التفسير – مع هذه الأفكار بالطريقة نفسها ، التى يتعاملون بها مع الافكار الأخرى، فيعملون مع المريض على جمع البيانات وفحص البدائل المفسرة للدلائل. وعادة ما تحل مشكلات العلاقات بين المعالج والمريض من خلال الحوار. وهناك أوقات يحتاج فيها المعالجون لتشكيل سلوك معين للوفاء باحتياجات خاصة بأحد المرضى، مثال ذلك قد يتحرر المعالجون من صراحتهم وردود أفعالهم الشخصية للوفاء باحتياجات المرضى ، الذين يصرون على النظر إلى المعالج بصورة تخلو من الشخصنة . وبالمثل قد يشير المعالجون لضرورة مراجعة صياغات المريض لأفكاره بصورة متكررة ؛ لإشباع الاحتياجات الدائمة للمرضى الذين يعتقدون أن المعالج لم يفهمهم .

ومن الأمور الملحة فى مثل هذه المواقف ألا يفترض المعالج أن المريض يقاوم بعناد ، أو أنه غير عقلانى . ويتعاون المعالج المعرفى مع المرضى لتحقيق فهم أفضل لاستجابات المريض . ودائماً ما توفر ردود الفعل فى حد ذاتها بيانات حول أنواع التشويهات ، التى يقوم بها المرضى فى مواقف العلاقات الاجتماعية والشخصية الأخرى . وبالتالى فإن استجابات المرضى تمنح المعالج فرصة العمل، بالتعاون مع المرضى على تفسيراتهم غير التوافقية للعلاقات .

التقدم غير المر ضي

تظهر مجموعة أخرى من المشكلات ، عندما يبدو أن العلاج غير فعال حتى إذا كان المرضى يكملون واجباتهم المنزلية بعناية ، وكان التعاون مع المعالج يبدو ناجحاً . وأحياناً ما تنشأ المشكلات نتيجة لتوقعات المريض غير الملائمة ، أو توقعات المعالج غير الواقعية حول سرعة واستقرار التغيرات . وعندما يبدو أن العلاج لا يتقدم بالسرعة «المتوقعة» ، فعلى كل من المعالج والمريض أن يتذكرا أنه

يتعين توقع الصعود والهبوط خلال فترة العلاج . ومن المهم بالنسبة للمعالجين أن يضعوا في اعتبارهم ببساطة أن بعض المرضى ، يتحسنون ببطء أكبر مقارنة بغيرهم . وقد يقلل المعالج أو المريض أو كلاهما من أهمية التغيرات الضئيلة التى تحققت بالفعل ، ويستطيع المعالج فى هذه الحالة أن يؤكد المكاسب الضئيلة ، التى تحققت ويذكر المريض أن الأهداف الكبرى ، تتحقق من خلال خطوات صغيرة تؤدى إليها .

ويمكن أن يؤدى يأس المرضى – فى بعض الأحيان – إلى خفض مصداقية مكاسبهم العلاجية ، ويتعين على المعالجين السعى إلى كشف الأفكار والفروض غير التوافقية ، التى تسهم فى هذا اليأس المتمكن . ويجب على المعالجين فى هذه الحالات العمل على تصحيح الأفكار الخاطئة حول عمليات التغير ، وحول طبيعة الاكتئاب قبل حدوث تقدم تالٍ فى العلاج . كما قد توجد بعض الأساليب العلاجية، التى لم تستخدم بصورة صحيحة فى بعض الحالات ، التى يبدو خلالها أن العلاج لا يعمل بصورة ناجحة . ودائماً ما تظهر المشكلات عندما لا يعتقد المرضى حقيقة فى أهمية الاستجابات العقلانية ، أو عندما لا يكونوا قادرين على تذكرها فى حالة الكدر الانفعالى . ومن المهم أن يحدد المعالج مقدار ما لدى المريض من اعتقاد فى الاستجابات العقلانية ، ومساعدته على استخدام استجابات جديدة فى أقرب وقت ممكن ، بمجرد ظهور الأفكار الآلية . وبالنسبة للمريض الذى لا يؤمن تماماً بأهمية الاستجابات العقلانية ، يستطيع المعالج أن يقترح وقفة لتجربة يتم خلالها تبنى اعتقاد جديد «على سبيل التجربة». ويمكن أن يقال للمريض الذى يؤدى ضيقه الانفعالى إلى عدم القدرة على التفكير في اجابات ، إن حالات الكدر الانفعالى تجعل التفكير المنطقى أكثر صعوبة ، وأن أفكاراً مثل «إذا لم ينجح هذا الأمر ، فلن ينجح أى شىء أخر» يمكن أن تؤدى فقط إلى تفاقم المشكلة . ويتعين أن يؤكد للمرضى أنهم قادرون على التفكير فى استجابات عقلانية بشكل أفضل مع التدريب .

وهناك مشكلة أخرى تنشأ عن سوء تطبيق أساليب العلاج المعرفى ، عندما يستخدم المعالج أسلوباً معيناً بطريقة غير مرنة . ودائما ما يكون من الضرورى أن يحاول المعالج عديداً من الأساليب السلوكية والمعرفية ،قبل أن يعثر على طريقة يستجيب لها المريض بصورة جيدة . ويجب أن يستمر المعالج المعرفى فى الطريقة المعينة لفترة ما ؛ ليرى ما إذا كانت ناجحة أم لا ، كما أنه يجب أن يكون

قادراً على تجربة أساليب بديلة عندما يصبح من الواضح أن المريض لا يتحسن . وكمثال محدد . فإن الواجبات السلوكية المنزلية أحيانا ما تكون مفيدة مع مرضى معينين ، على الرغم من أن المعالج لديه كل الأسباب ، التى تجعله يتنبأ مقدماً أن الواجبات المعرفية ستكون أكثر فعالية .

وعندما يبدو فى بعض الحالات أن تقدماً ضئيلاً قد حدث ، فقد يتبين أن المعالج قد اختار مشكلة عرضية . ويتعين أن يكون المعالج المعرفى يقظاً لمثل هذا الاحتمال منذ المراحل المبكرة للعلاج على وجه الخصوص . وعندما يحدث تغير ضئيل أو لا تغير فى مستوى الاكتئاب ، حتى إذا بدا أن المريض قد حقق تقدماً جوهرياً فى مجال مشكلة معينة ، فعلى المعالج أن يفكر فى إحتمال أن المشكلة الأكثر إثارة للاكتئاب لم تكتشف بعد . والمثال التقليدى لمثل هذه الصعوبة هو المريض الذى تكون صعوباته فى مجال العمل هى المشكلة الرئيسية ، ثم يتبين بعد ذلك أن المشكلات الزواجية هى التى تسهم بشكل جوهرى فى صعوبات العمل لديه ، وأن المريض قد يكبت المشكلة الحقيقية لأنها تبدو له مهددة للغاية .

وأخيراً فإن العلاج المعرفى لا يصلح لكل شخص ، فإذا كان المعالج قد حاول كل الأساليب المتاحة واستشار المعالجين المعرفيين الآخرين دون جدوى ، فمن الأفضل أن يحول المريض إلى معالج آخر ، سواء لديه التوجه العلاجى نفسه أو توجه آخر .

ودون النظر إلى السبب الذى لم يؤد إلى تقدم العلاج بصورة مُرضية ، فعلى المعالجين المعرفيين التمسك بمعارفهم الخاصة ، وعليهم مواصلة محاولة حل المشكلات ، وألا يسمحوا لأنفسهم بالتأثر بيأس المرضى ، أو النظر إلى أنفسهم على أنهم غير أكفاء ، ويأس المريض أو المعالج ما هو إلا عقبة فى سبيل حل المشكلات . وإذا استطاع المعالجون مواجهة تقييمهم الذاتى السلبى لأنفسهم وأفكارهم الأخرى غير الملائمة ، فسيكونون قادرين بشكل أفضل على التركيز على مساعدة المرضى للعثور على حلول للمشكلات .

مرحلة خفض الأعراض

دراسة حالة : إيرين

سندرس من خلال الحالة التالية برنامج علاج امرأة مكتئبة عرضت فى عيادتنا . وسنعرض من خلال دراسة هذه الحالة عديداً من المفاهيم التى سبق

وصفها فى هذا الفصل ، بما فى ذلك استثارة الأفكار الآلية ، والمثلث المعرفى للاكتئاب ، والتجريبية التعاونية ، وتنظيم بنية الجلسة العلاجية والعائد .

تقييم المشكلات القائمة

اتصلت المريضة التى سندعوها باسم إيرين بالمركز طالبة المساعدة ، حيث سمعت عن العلاج المعرفى فى برنامج إذاعى محلى . واعترفت إيرين أنها عانت كثيراً من أعراض الاكتئاب التى أشير إليها فى البرنامج الإذاعى .

وقد اخضعت لكل إجراءا ت التقييم النمطية فى المركز ، والتى تتضمن ساعة ونصفاً من المقابلات الشخصية الإكلينيكية المقننة ، وساعة ونصف إضافية من اختبارات الورقة والقلم .

وتضمن تقرير القائم بالمقابلة أن إيرين أمرأة قوقازية فى التاسعة والعشرين من العمر تعيش مع زوجها وطفلين صغيرين . وقد تزوجت وهى فى المدرسة الثانوية ، وتوقفت عن العمل بعد الزواج . وقد وصفت إيرين مشكلتها الأساسية بأعتبارها اكتئاباً (على مدى الأعوام القليلة الماضية) وصعوبة فى التعامل مع الأطفال ، وصراع زواجى ، وإحساس بإهمال زوجها لها . وفيما يتعلق بزواجها ذكرت إيرين أنها تشعر أنها أصبحت موصومة ؛ لأن زوجها خرج للتو من أحد مراكز علاج الإدمان ، بالإضافة إلى أنه فصل للتو أيضاً من عمله ، وبالتالى أصبح عاطلاً ، وهو يرفض الاشتراك معها فى برنامج للإرشاد الزواجى .

وذكرت إيرين أنها أصبحت معزولة اجتماعياً منذ زواجها ، على الرغم مما ذكرته من صداقاتها العديدة السوية عندما كانت طفلة ومراهقة . وكان أحد العوامل التى شعرت أنها تقف خلف صعوبة إقامتها لعلاقات اجتماعية بينها وبين نساء أخريات فى الجوار ، هو اعتقادها أنهن ينظرون إليها من أعلى ؛ نتيجة لعدم قدرتها على التحكم فى أطفالها وبسبب سجل زوجها فى الإدمان .

وقد شخصها القائم بالمقابلة على أنها تعانى من أكتئاب رئيسى متكرر على المحور الأول ، واضطراب الشخصية الاعتمادية على المحور الثانى . وأكدت درجتها على المقاييس تشخيص الاكتئاب ، وكانت درجة إيرين على بطارية بيك للإكتئاب (٢٩) بما يضعها فى مستوى بين الاكتئاب المتوسط والحاد . وكانت أكثر الأعراض الاكتئابية المسيطرة لديها تتضمن الشعور بالذنب ، ولوم الذات ، وفقدان البهجة ، والتهيج ، والانسحاب الاجتماعى ، وعدم القدرة على اتخاذ

القرارات ، والشعور بالتعب ، وصعوبة حفز نفسها لأداء الأعمال اليومية ، وفقدان طاقة الحب . وقد حصلت على (٣٠ درجة) على مقياس يونج للوحدة (Young(١) 1983) وبما يشير إلى درجة متطرفة الارتفاع من الشعور بالوحدة . وقد استخدمنا هذا المقياس ؛ لأننا لاحظنا أكلينيكيًا أن الاكتئاب دائماً ما يكون مرتبطاً بالشعور بنقص الشعور بالرضا فى العلاقات التفاعلية . وبطارية يونج لمشاعر الوحدة مشابهة فى صورتها لبطارية بيك فى الاكتئاب ، وتقيم المدى من الكدر الذى يكون عليه المريض ، من خلال غياب الأنماط المختلفة من الصداقات والعلاقات الحميمة .

الجلسة الأولي

قام المؤلف الثانى (أرون بيك) بعلاج إيرين من البداية ، ولأن المقابلة التشخيصية الأولى أكملت بواسطة معالج آخر ، فلم يقم المعالج الحالى بإنفاق وقت فى مراجعة الأعراض تفصيلاً ، أو الحصول على تاريخ الحالة . وبدأت الجلسة مع إيرين بوصفها «لحالات الحزن» التى تعرضت لها . وبدأ المعالج (م) على الفور فى استنباط الاتى .

(١) أفكار إيرين الآلية خلال هذه الفترات .

م : ما نوع الأفكار التى كانت لديك أثناء هذه الأيام الأربعة ، عندما قلت إن أفكارك ظلت تراودك المرة بعد المرة ؟

إ : حسناً ، غالباً – كانت مجرد «لماذا يحدث ذلك مرة أخرى» فكما تعرف لم تكن هذه هى المرة الأولى التى ترك العمل فيها . أنت تعرف «ما الذى علىَّ أن أقوم به» ، وكانت لدى بالمثل أفكار مختلفة . وكانت جميعها حول أشياء مختلفة مثل غضبى منه ، وغضبى من نفسى لكونى فى هذا الموقف كل هذا الوقت ، كما أننى أريد تركه ، أو إذا كنت أستطيع القيام بأى شيء يقومه ، وألا اظل معتمدة عليه بهذا القدر ، كان لدى الكثير من الأفكار .

م : والآن هل نستطيع العودة قليلاً إلى الوراء لحالات الحزن التى مرت بك . هل مازلت تعانين من هذه الحالات ؟

إ : نعم

(1) Young Loneliness Inventory

م : هل تعانين منها الان ؟

إ : نعم ، نوعاً ما ، وهى أفكار حزينة حول – لا أعرف – لدى أفكار سيئة– مثل أن الكثير مما افكر فيه سيىء مثل أن الأمور لن تتحسن وستظل على ما هى عليه . لا أعرف . فكثير من الاشياء تسوء ، أنت تعرف أن هذه أفكارى .

م : إذاً فأحد الافكار هى أن الامور لن تتحسن عن ذلك ؟

إ : نعم

م : وانك تعتقدين فى ذلك تماماً فى كثير من الأحيان ؟

إ : نعم أعتقد ذلك ، أحياناً .

م : هل تعتقدين فى ذلك الآن فى هذه اللحظة ؟

إ : نعم نعم ، اعتقد .

م : فى هذه اللحظة أنت تعتقدين أن الأمور لن تتحسن ؟

إ : حسناً . هناك بريق من الأمل ، إلا أنه غالباً ...

م : ما الذى تتطلعين إليه للمستقبل فيما يتعلق بحياتك ، بدءاً من هذه اللحظة ؟

إ : حسناً ، ما الذى أتطلع إليه – أستطيع أن أخبرك ، ولكننى لا أريد أن أخبرك (قهقهة) أو .. إنما أتطلع إلى كثير .

م : ألا تريدين إخبارى ؟

إ : لا . سأخبرك ، ولكن ما أفكر فيه ليس جيداً أو عظيماً . أنا أرى نفسى مستمرة فى الطريق الذى اسير فيه بالطريقة التى لا أريد أن أكون عليها ، كأن لا أفعل شيئاً ، مجرد أن أعيش ، نوع من كونى عديمة الفائدة . ومثل أن زوجى سيظل هنا وسيكون – أنت تعرف – سيظل متردداً بين إدمان المخدرات والإقلاع عنها ، ومهما يكون ما سيفعله سأظل موجودة فى المكان نفسه بالضبط .

بدأ المعالج من خلال فحص الأفكار الآلية لدى إيرين فى فهم منظورها . وهو أنها قد تظل على ما هى عليه إلى الأبد ، محاصرة ، مع زوجها فى دخوله

وخروجه من مراكز علاج الإدمان . ويوضح ذلك يأسها من المستقبل ، الذى يتسم به معظم مرضى الاكتئاب . وهناك ميزة أخرى فى هذا الخط من الفحص ، هى أن المعالج عرض إيرين لفكرة النظر إلى أفكارها الخاصة وهو الأمر المحورى فى العلاج المعرفى .

سبر المعالج ، مع استمرار الجلسة ، منظور المريضة فيما يتعلق بمشكلاتها الزواجية ، ثم اتخذ قراراً وهو ألا يركز عى الزواج باعتباره الهدف العلاجى الأول، طالما أن هناك أحتمالاً أن ذلك سيتطلب كثيراً من الوقت قبل التوصل إلى خفض الأعراض . واختار المعالج بدلاً من ذلك التركيز على نقص نشاط إيرين وانسحابها . وعادة ما يكون ذلك هو الهدف العلاجى الأول عند العمل مع مريض يعانى من اكتئاب حاد .

وقام المعالج خلال السياق التالى بإرشاد إيرين لتقوم بفحص مزايا وعيوب بقائها فى الفراش طوال اليوم .

أ : عادة ما لا أريد النهوض من الفراش ، أود أن أبقى فيه ، مجرد أن ألقى الغطاء فوق رأسى ، وأبقى على هذا الحال ، أنت تعرف ، لا أريد أن أقوم بعمل أى شىء . أريد فقط أن أترك على حالى بمفردى والبعد عن كل شىء ، والتخلص من كل شىء .

م : والآن ، هل تشعرين أنك أفضل حالاً عندما تبقين تحت الأغطية ، محاولة البعد عن كل ما حولك ؟

إ : نعم

م : هل تشعرين فعلاً بالتحسن ؟

إ : نعم ، أشعر بالتحسن بهذه الطريقة .

م : ما مقدار الوقت الذى تقضيه فى هذه الحالة ؟

إ : الآن ، أخيراً ؟ لم أعد أفعل ذلك كثيراً ؛ لأن لدى طفلين . لم أعد أستطيع أن أفعل ذلك بالقدر نفسه ، ولكننى أحب عمل ذلك أكثر ، أقصد أن ذلك سيساعدنى ، سأشعر بالامان ، نوع من الأمن ، كما لو أن حائطاً يفصلنى عن كل شىء ، ولا شىء يقربنى .

م : والآن بعد أن أنفقت بعض الوقت تحت الأغطية ، ما شعورك عن نفسك؟

إ : عندما أكون راقدة ، لا أعرف .

م : لننقل بعد ذلك

إ : بعد ذلك ، عادة ما لا تكون لدى أية مشاعر سيئة حول ذلك . آه نعم أشعر ، ياإلهى ، لقد ظللت راقدة هنا لا تفعلين شيئاً ، كان عليك النهوض لعمل هذا ، وكان عليك عمل ذلك ، كان عليك النهوض وعمل شيء ما ، مهما كان يفترض أن أقوم به ، وحتى عندما أكون فى الفراش فإننى لا أحل أى مشكلة ، مجرد أن أبقى فى الفراش .

م : أنت تستمتعين من ناحية ، وتنتقدين نفسك من ناحية أخرى بعد ذلك ؟

لاحظ أن المعالج لم يحاول حوار إيرين أو نصحها للخروج من الفراش ، بل شجعها بالأحرى من خلال تساؤلاته على القيام بفحص وثيق للغاية لفروضها حول كونها فى حالة أفضل خارج الفراش . وهى العملية التى نطلق عليها أسم التجريبية التعاونية .

أعادت إيرين خلال الجلسة التالية فحص فروضها حول استمرار بقائها فى الفراش .

أ : فيما يتعلق بالبقاء فى الفراش بدلا من النهوض منه . لقد فكرت بالنسبة لليوم السابق . فكرت عندما أخبرتك – أننى كما لو كنت أقول شيئاً ما حول إبعاد كل الأشياء السيئة عنى مثلما أكون تحت الأغطية ، أو مجرد راقدة فى الفراش ، والواقع أننى لا أبعد هذه الأشياء السيئة حقيقة ، فدائماً ما كنت أشعر أننى أتخلص منها ، دائماً ما كنت أدفع اذاها ، الحقيقة أننى لا أعرف ، أعتقد أننى ذكرت لك أن ذلك يجعلنى فى حال أفضل ، أن أظل فى الفراش ، ولكننى لا أعرف إذا ما كان ذلك يحدث بالفعل . لا أعتقد أن ذلك يحدث الآن بالصورة التى أفكر بها .

م : من المضحك إذاً أنك عندما تتكلمين يكون تذكرك لها هو أنها مريحة حقيقة ، ولكن ذلك يحدث فى بعض الأحيان ، وهو ما يحدث مع بعض الناس، وهو يحدث لى أيضاً . فأنا أعتقد أحياناً أن شيئاً ما جيد حقيقة ، ولكنه لا يكون كذلك عندما أتفحص الأمر .

وبالعودة إلى الجلسة الأولى بعد قليل من الفحص ، الذى قام به المعالج ، نجد أن إيرين أشارت إلى أن العلاج المعرفى هو «فى الغالب أخر أمل لها» ، وقد

استخدم المعالج ذلك بوصفه فرصاً للكشف عن يأسها وافكارها الانتحارية .

م : ما الذى كان يدور فى ذهنك عندما قلت «إن هذا اخر امل لى» . هل لديك تصور ما فى ذهنك ؟

أ : نعم ، وهو أنه إذا لم ينجح ، فإننى أعتقد أننى لا أستطيع مواصلة العيش على ما أنا عليه بقية عمرى .

م : إذا لم ينجح العلاج ، فما الذى سيحدث ؟

أ : لن أهتم عندئذ بما سيحدث لى .

م : هل فى ذهنك شىء ما على وجه التحديد ؟

أ : حسناً ، فى هذه اللحظة بالذات ، لا أعتقد أننى سأحاول الانتحار ، ولكن ربما يحدث فيما بعد ، فلا أظن أنه قد تبقى لى شىء . يجب . لا أعرف إذا ما كنت قد فكرت فى الانتحار من قبل أم لا ، ولكنى لم أكن قادرة أبداً على النجاح فى ذلك . أنا أعرف أشياء محددة هى التى توقفنى مثل أطفالى ، لا أظن، على الرغم من أننى اعتقد أحياناً أننى لست جيدة كأم . بالقدر الذى كان يجب أن أكون عليه . ولكنى أعتقد أنهم سيكونون أسوأ كثيراً مع زوجى . أعتقد أن ذلك يمكن أن يدمر أشخاصاً أخرين ، مثل أمى إذا فعلت شيئاً مثل هذا . هذا ما اعتقد أنه ما أوقفنى أساساً ، أطفالى وأمى . مجرد أنهم – أعتقد أننى خائفة أننى إذا فعلت شيئاً مثل هذا فقد تشعر أمى أنها فشلت فى شىء ما ، وهو أمر غير صحيح . لا أعتقد ، وبالمثل بالنسبة لأطفالى ، لا أستطيع أن أثق فى زوجى مع أبنائى ، اعتقد أن ذلك قد يكون حقيقة – حتى لو فقدتهم- أعتقد أنه سيفقدهم أكثر .

م : إذاً فهذه هى بعض الأسباب التى تجعلكى لا تحاولين الانتحار . والآن ما بعض الأفكار التى تجعلك تريدين الانتحار ؟ هل فكرت فى ذلك ؟

إ : مجرد اليأس أحياناً ، فلا وجود لحلول للمشاكل ، لأن كل الأمور مستمرة بالصورة نفسها الثابتة طوال الوقت .

وقد أراد المعالج جعل إيرين تشعر بالراحة بقدر الإمكان فى مناقشة الأفكار الانتحارية ، وبالتالى فقد حاول جاهداً فهم كل من أسباب يأسها والعوائق . وبعد

ذكرها أنه لا توجد خطط وشيكة للقيام بمحاولة انتحار (على الرغم من قيامها بمحاولة قبل ذلك بعامين) قال لها المعالج إنه سيعمل معها على حل مشكلات حياتها الآن ، وسيعمل كذلك على «الأشياء التى تدور فى ذهنك» . وعندئذ طلب منها اختيار مشكلة صغيرة ، يمكنهما أن يعملا معاً على حلها .

م : والآن ، هل هناك أية قرارات أصغر ، يمكنك اتخاذها وتؤثر فى حياتك إيجاباً؟

إ : لا أعرف . حسناً أظن مثلما كنت أريد الابتعاد لفترة طويلة ، أو عمل أشياء أخرى ، لا أعرف . مثل أن أشترك فى شىء ما . أن أشعر كما لو أننى جزء من شىء ما ، أنت تعرف ، غير أننى لا أستطيع ذلك ، لا أعرف إذا ما كنت لا أستطيع لأسباب مادية ، أقصد أن هذا القدر هو الذى التمسه ، غير أننى أعتقد أحياناً أنه ليس سبباً مالياً ، أحياناً ما يكون مجرد أننى لم أعزم على القيام به .

م : حسناً هل هناك مجموعة معينة فى ذهنك تريدين الانضمام إليها ؟

إ : لا أعرف (قهقهة) أعتقد أن هذا قرار آخر لا أستطيع اتخاذه ، اعتقد أن كل شىء يثير شغفى ، ولا شىء يثير شغفى .

م : لماذا لا نضع قائمة ولنرى ما سيحدث – قائمة عقلية : ما بعض الأشياء التى يمكن أن تكونى شغوفة بالقيام بها ؟

إ : لعب التنس ، لقد رغبت فى ذلك منذ وقت طويل

م : والآن هل يعنى ذلك انضمامك إلى فريق للتنس ؟

إ : نعم هذا ما أرغب فى عمله

م : حسناً ، هل تعرفين أشخاصاً ينتمون إلى فريق ؟

إ : لا ، أعرف أشخاصاً آخرين ، ولكنهم لا ينتمون إلى فريق تنس فى فيلادلفيا ، حسنا إنهم ينتمون ، ولكنى أعتقد ...

م : ماذا تفعلين للبحث عن فريق للتنس ؟

إ : ما عليك إلا الذهاب إلى أقرب نادى للتنس . هذا كل شىء

م : وما الذى يحدث عندما تذهبين اليه ؟

إ : لا اعرف ، فلم يحدث أن كنت فى أحد هذه الأندية .

م : حسناً ماذا تعتقدى أنك ستفعلين عندما تذهبين إلى هناك ؟

إ : أظن انك مجرد – أنا لا أعرف كم شخصاً فى المجموعة ، ولا أعرف إذا ما كان يجب أن تذهب مجموعة كاملة معك ، وتقول حسناً نحن نريد أن نكون فريقاً ، ولكنى أظنك تعرف أن هناك بعض النقص فى المجموعات ، وبالتالى يمكنك دخول فريق . أظن ذلك .

م : حسناً ، كيف يمكنك الحصول على هذه المعلومات ؟

إ : اظن إذا ذهبت إلى هناك .

م : هل تعتقدين أن باستطاعتك الحصول على المعلومات إذا ذهبت إلى هناك ؟

إ : نعم .

م : وهل تستطيعين عندئذ اكتشاف ما إذا كان يمكنك الانضمام بمفردك ، أو مع مجموعة كفريق ، وعدد الأفراد المطلوبين ، إذا احتاجوا لأشخاص لتكملة العدد؟

إ : نعم ، نعم .

م : ما شعورك حول القيام بذلك ؟

إ : نوع من الغباء (قهقهة) .

م : هل تبدو لك المسألة بهذا القدر من التفاهة ؟

إ : حسناً ، إنها تبدو مثل – حسناً لماذا لم افعل ذلك من قبل .

م : حسناً ربما كانت لديك أسباب وجيهة لعدم القيام بذلك من قبل ، يحتمل مجرد أنك كنت غارقة فى يأسك .

إ : صحيح ، صحيح .

م : عندما تكونى فى حالة يأس فإنك تميلين إلى إنكار ، كما حدث ، أو استبعاد الحلول الممكنة . تذكرى عندما فقد زوجك وظيفته ، قلت إنك رفضتى قبول حقيقة أنه قد يحصل على تعويض .

إ : صحيح .

م : وعند وقوعك فى اليأس لا يوجد وقتها شىء يمكنك القيام به ، هل هذا ما تفكرين فيه ؟

إ : نعم .

م : إذاً فبدلا من شعورك بالانقباض لأنك لم تذهبى من قبل ، لما لا نقوم بذلك مباشرة .

يوضح هذا الاقتباس عملية المهام المتدرجة المهمة للغاية فى المراحل المبكرة من علاج الأشخاص المكتئبين ؛ حيث يقوم المعالج بتوجيه سلسلة من الأسئلة للمريض لتفتيت عملية الاشتراك فى فريق للتنس إلى خطوات أصغر . وقد عرفت إيرين كل المطلوب عمله ، ولكن كما أشار المعالج ، كان يأسها هو الذى منعها من رؤية الحلول الممكنة .

إ : الخطوات الأولى صعبة بالفعل بالنسبة لى .

م : الخطوات الأولى أصعب بالنسبة لكل شخص ، وهذا هو السبب فى وجود المثل الذى يقول «رحلة الألف ميل تبدأ بالخطوة الأولى»

إ : هذا صحيح تماماً .

م : ولهذا السبب – من المهم للغاية القيام بالخطوة الأولى ، ثم الخطوة الثانية والخطوة الثالثة وهكذا . لذا فإن كل ما عليك القيام به هو خطوة ، وليس عليك القيام بخطوات عملاقة .

إ : حسناً ، نعم ، أستطيع أن أتبين ذلك الآن ، لا أظن أننى لاحظت ذلك من قبل ، أظن أننى كنت أفكر قبل ذلك أن كل خطوة ستكون بصعوبة الخطوة الأولى نفسها ، إلا أنها قد لا تكون كذلك على الإطلاق ، ربما تكون أسهل .

وفى الجلسة التالية قررت إيرين نجاحها .

إ : لقد اتصلت بنادى التنس ، وأبلغونى أن علىّ أن أحضر فقط واعطيهم اسمى ، وأن هذا كل ما علىّ أن اقوم به . مجرد الذهاب وتسجيل الأسم ، وهو أمر من السهل فى الحقيقة القيام به ، وستكون هذه هى الخطوة الأولى ، وقد فوجئت أنها بهذه السهولة ، وأظن أنى أعتقدت أنها ستكون أصعب من ذلك ، ولكنها لم تكن .وبنهاية الجلسة ، ساعد المعالج إيرين على كتابة قائمة بالأنشطة للأسبوع التالى ، وكانت الأنشطة شديدة السهولة ، مثل : أخذ الأطفال لزيارة أمها ،

وقراءة كتاب ، والتسوق ، ومراجعة موضوع فريق التنس ، وأخيرا طلب منها المعالج إعطاءه انطباعها (عائد) عن الجلسة ، وعن يأسها .

م : هل لديك أية انطباعات (ردود فعل) ؟

إ : أعرف أننى مررت بمراحل من السعادة والحزن ، ومن السعادة والحزن ، ومن السعادة والحزن .

م : وفى أى مرحلة أنت الآن ؟

إ : أين أنا الآن ؟ نصف جيدة .

م : نصف سعيدة/ونصف حزينة .

إ : لا ، أنا أكثر سعادة قليلاً من كونى حزينة .

م : والآن ، ربما تسألين نفسك وأنت تغادرين أننا لم نتناول بعد المشكلات الكبرى، لذا يجب أن تكون لديك إجابك عن هذا السؤال .

إ : أظن ، مجرد سأقول أن ذلك سيتطلب قدراً أكبر قليلاً من الوقت .

الجلسة الثانية

بدأ المعالج فى الجلسة الثانية فى وضع اجندة بالتعاون مع إيرين ، وقد أرادت إيرين مناقشة جدال حدث بينها وبين زوجها ، والتعامل مع مشاعر الدونية لديها . وقد أضاف المعالج للأجندة قضية الأنشطة فى مقابل انعدام النشاط ، ثم قاما معاً بمراجعة الواجب المنزلى السابق . وقد قامت إيرين بكل الأنشطة الواردة بالقائمة ، كما أضافت بعض أفكارها السلبية التى ظهرت خلال الفترة بين الجلستين . وقد أنخفضت درجتها على مقياس بيك للاكتئاب بقدر ما (عادة ما يجيب المرضى على بطارية بيك للاكتئاب قبل بداية كل جلسة ، وبذلك يستطيع كل من المعالج والمريض ملاحظة التقدم فى العلاج) .

قامت إيرين بعدئذ بمشاركة المعالج فى مناقشة قائمة أفكارها السلبية ، وكان أحد انشغالاتها أنها بكت خلال الجلسة الأولى .

إ : أعرف أنك متخصص . ولكنى شعرت أن حالتى المزاجية تغيرت من حال إلى حال وهذا الأمر – عندما فسرته لنفسى أشعرنى كما لو أننى كنت ألعوبة– وهذا الشعور بدا مثل أن – لا أعرف ، شعور أننى لا أريد أن أكون منقادة

بمثل هذه السهولة .

م : حسناً ، هذا أمر جيد ، لقد أعتقدت أننى أتلاعب بك ، إننى كنت بشكل ما أضغط ازراراً ، وأدير مفاتيح ؟

إ : حسناً ، نعم .

م : كل ما يمكننى أن أقوله أننى لم أتلاعب بك ، وأنك شخصيا لست من هذا النوع سهل الانخداع الذى يسهل التلاعب به ، كل ما فى الأمر هو الطريقة التى كنا نعمل بها خلال المقابلات ، لقد طرقنا بعض النقاط الحساسة ، وبعض النقاط الأخرى غير الحساسة ، وعندما تكلمنا عن السلبيات شعرت شعوراً سيئاً، وعندما تكلمنا عن الأشياء الإيجابية شعرت وقتها أنك أفضل ، أو ربما شعرت أنك أفضل ، عندما كنت قادرة على تناول بعض المشكلات المعينة وتمكنت من التغلب عليها ، والآن علينا تناول مشكلة أخرى ، تشعرين حيالها أنك فى حالة سيئة . إذاً الأمر مجرد المقابلة وليس أن لديك شيئاً ما تقومين به ، باعتبارك ضعيفة أو باعتبارى أتمتع بقوة فائقة للتلاعب بك . ولكن هذا الشعور من جانبك جيد للغاية وعلينا المضى من خلال هذا التفسير مرة أخرى، لا لمجرد تزويدك بالمعلومات ، ولكن لنرى كيفية التغلب على الأفكار السلبية.

كان هذا عرضاً لكيف يستخدم المعالج المعرفى الأحداث خلال الجلسات لتعليم المرضى كيف يحددون أفكارهم الآلية ، ويفكرون فى التفسيرات البديلة .

وقد ناقشت إيرين بعد ذلك جدالها مع زوجها ، وحددت أفكارها المتعلقة بأن عليها أن تهجره . وقد وافقت هى والمعالج على أنه من الافضل الانتظار ؛ حتى ينخفض اكتئابها قليلاً قبل محاولة اتخاذ مثل هذا القرار الكبير .

وكثيراً ما ينصح أن يؤجل المرضى اتخاذ القرارات الخطيرة ، إلى أن يصبحوا قادرين على إعادة اكتساب وجهات نظر جديدة حول حياتهم .

وقد قدم المعالج تلخيصاً للسياقين الأساسيين الذين حددهما ، من خلال الاستماع إلى أفكار إيرين الآلية حول زوجها وحول العلاج . وتضمن السياق الأول خوفها من تحكم الآخرين ، بما فيهم المعالج ، فيها وتوجيههم لحياتها (مخطط

الخضوع[1]) ، والثانى هو أن الآخرين لا يهتمون بها (مخطط الحرمان العاطفى[2]) . وكثيراً ما يحدد المعالجون المعرفيون المخططات غير التوافقية خلال المرحلة الأولى من العلاج ، ويبدأون فى التصحيح المبكر لها ، وهم يعملون بصورة أكثر كثافة على تغيير هذه المخططات خلال المرحلة الثانية عندما يكون المريض أقل اكتئاباً ، كما سنعرض ذلك فى الجزء الثانى من هذا الفصل . ونقدم فى القسم التالى شرحاً لكيفية توصل المعالج إلى استخلاص أن مخطط الحرمان العاطفى مهم لدى إيرين .

م : من ذلك أنه فى اللحظة الحالية ، عندما تتحدثين عن الطريقة التى يعاملك بها زوجك ، بدوت كما لو أنك متضايقة فعلاً من انعدام اهتمامه بمشاعرك ورغباتك .

إ : نعم ، نعم .

م : لا أريد أن أعرف المزيد عن ذلك فى اللحظة الراهنة ، ولكنك قلت أيضاً أنك بعد ولادة طفلك الثانى ، كان شعورك انه لا يوجد من يهتم بك ، من أسرتك على وجه التحديد .

إ : حسناً ، أنا لا اعرف ماذا حدث ، لا أستطيع تذكر ظروف ما حدث .

م : ولكن مهما كانت هذه الظروف ، كانت هذه هى الخلاصة التى خرجت بها .

إ : نعم .

م : إذاً فأحد الأفكار التى يمكن أن تسيطر عليك وتستطيع حصارك بشدة وتجعلك تشعرين شعوراً مفزعاً . هل تتعلق هذه الفكرة بأن أحد لايهتم بك فى هذا المجال بالذات الحساسة فيه للغاية بما يجعلك تعتقدين اننا نستغلك كمجرد حيوان تجارب ، وأنهم «شغوفين فقط برؤية كيف أعمل» ، وغير مهتمين بك ، والعيادة أيضاً غير مهتمة بك ، وأنا غير مهتم بك . ومرة أخرى تبدو لك هذه الفكرة حول أن الناس المهمين لديك غير مهتمين ، فهل هذا صحيح ؟

إ : نعم ، فى أغلب الأحوال ، نعم .

---

(1) Subjugation Schema

(2) Emotional Deprivation Schema

م : فى كل الحالات التى أشرت إليها .

إ : نعم .

م : حسناً ، ما الذى نخرج به من ضرورة أن تكونى متنبهة للإحساس أنه لا يوجد من يهتم بك لأن ذلك يجعلك تشعرين شعوراً سيئاً ، على الرغم من أن هذا الإحساس غير صحيح . فإذا اكتشفت على سبيل المثال أن أمك تهتم بك فبالتالى تكونى مخطئة ، إلا أن الأفكار ستظل قوية للغاية ، ومازالت أفكارك الحالية والسابقة هى أننا غير مهتمين .

وحول منتصف الجلسة طلب المعالج عائداً (رد فعل) .

م : والآن عند هذه النقطة ، هل هناك ما يشعرك بالضيق فيما ناقشناه اليوم؟

إ : يشعرنى بالضيق ؟

م : نعم

إ : أوه ، أشعر أننى أكثر غباءً واكثر غباءً مع كل خطوة نتقدمها .

م : هذا مهم ، حسناً هل تستطيعى ...

إ : حسناً ، كنت أحاول ولكننى لا أعرف .

م : حسناً إذا كنت ، مهما كنت ، لماذا تتركى لنفسك الشعور بالغباء ولا تحدثينى عنه .

إ : حسناً لقد شعرت مجرد أن علىَّ أن اتعرف كل هذه الأشياء أيضاً .

وقد أدى هذا التعليق لتحديد السياق الثالث ، وهو مخطط عدم الكفاءة(1) فايرين اعتبرت نفسها متزايدة الغباء خلال السنوات القليلة الماضية ، على الرغم من ذلك ، فعند هذه النقطة كانت المريضة قد بدأت فى استيعاب فكرة الإجابة العقلانية على أفكارها ، وبعد اشارة المعالج إلى الفكرة السلبية فى الاقتباس السابق، تطوعت المريضة بالقول :

إ : أعرف ما يتعين عمله مع فكرة «أنا غبية ، إننى لم أتبين هذه الأشياء بنفسى» .

م : ما الذى تفعلينه إزاءها فى هذه اللحظة ؟

---

(1) Incompetence Schema

إ : سأقول – «حسناً ، أنت الأخصائى المعالج ، وأنت من يفترض أن يرى هذه الأشياء» .

م : صحيح ، هل ستطرديني إذا لم ارها . صح ؟

إ : لم أفكر فى ذلك ، لكن (ضحك) .... لا لن أطردك ، لن أطرد أى شخص .

م :إذاً فما تقولينه هو أنه بما أننى شخص مدرب تدريباً تخصصيا ، فإننى أستطيع رؤية أشياء معينة . والأمر الآخر هو أن الأشخاص الآخرين موضوعيون ودائماً ما يستطيعون رؤية أشياء فينا أفضل مما نستطيع نحن أن نراها فى انفسنا . الواقع أن هذه هى حقيقة الطبيعة البشرية .

إ : نعم .

وقد ظهرت الأفكار السلبية ذاتها مرة أخرى فيما بعد خلال الجلسة ، عندما شعرت إيرين بالغباء لعدم معرفتها بإجابة أحد أسئلة المعالج لها . وفى الاقتباس الممتد فيما يلى ، ساعد المعالج إيرين على القيام بتجربة لأختبار فكرة «إننى أبدو غبية» .

م : حسناً ، دعينا الآن نقوم بمجرد تجربة ؛ لنرى إذا ما كنت تستطيعين الاستجابة بمفردك للفكرة الالية ، ودعينا نرى ما يحدث لمشاعرك . لنرى إذا ما كانت الاستجابة العقلانية تجعلك تشعرين أنك فى حالة اسوأ ، أو تجعلك فى حالة افضل .

إ : حسناً

م : حسناً ، لماذا لم أجب عن هذا السؤال إجابة صحيحة ؟ أنا أبدو غبية . ما الإجابة العقلانية على ذلك ؟ الإجابة الواقعية ؟

إ : لماذا لم أجب عن السؤال ؟ لأنى فكرت للحظة أن هذا ما يفترض بى قوله ، وعندما سمعت السؤال بعد ذلك مرة أخرى ، أدركت انه ليس هو الذى سمعته . لم أسمع السؤال جيداً ، هذا هو السبب الذى جعلنى لا أجيب إجابة صحيحة .

م : حسناً إذاً فهذه هى حقيقة الموقف ، وأن حقيقة الموقف أنك تبدين غبية، أم أنك مجرد لم تسمعى السؤال جيداً ؟

إ : لم اسمع السؤال جيداً

م : أو محتمل أننى لم أقل السؤال بطريقة واضحة .

إ : ممكن .

م : ممكن تماما ، فأنا لست إنساناً معصوماً ، لذا فمن الممكن جدّاً أننى لم أعبر عن السؤال بطريقة ملائمة .

إ : ولكن بدلاً من قولك أنك أخطأت ، مازلت أقول أننى الذى أخطأت .

م : علينا برؤية شريط الفيديو لنرى ما حدث . هل يعنى عدم تعبيرى جيداً عن السؤال ، وأننى اخطأت ، هل يجعلنى ذلك غبياً ؟

إ : لا .

م : وإذا كنت أنت التى أخطئت ، هل يجعلك ذلك غبية ؟

إ : لا ، فى الواقع لا .

م : ولكنك شعرت بالغباء ؟

إ : نعم فعلت

م : أما زلت تشعرين أنك غبية ؟

إ : لا

يعرض الحوار السابق أسلوب استخدام إعادة الإعزاء (1) . فقد عزت المريضة صعوبة الإجابة على المعالج فى البداية باعتبارها دليلاً على انها غبية . ونتيجة للمنحى التوجيهى للاستكشاف ، أعادت عزو المشكلة لعامل من عاملين : إما أنها لم تسمع السؤال جيداً ، أو لأن المعالج لم يسأل السؤال بوضوح كافٍ . وعبرت إيرين فى نهاية التجربة عن رضائها لمعرفتها أخيراً لهذا الميل لتشويه أحكامها :

إ : إننى أشعر فى هذه اللحظة بالذات بالسرور . أشعر أننى افضل قليلاً ، فهناك شخص على الأقل أوضح لى هذه الأشياء لأننى لم أرها من قبل على الإطلاق. لم أعرف أبداً أننى فكرت اننى لست بهذا الغباء .

---

(1)Reattribution

م : إذاً فأنت تشعرين شعوراً طيباً انك قدمت هذه الملاحظة عن نفسك ؟

إ : صحيح .

بعد أن قام المعالج بتلخيص النقاط الأساسية للجلسة الثانية ، وضع تكليفات الواجب المنزلى للأسبوع التالى : ملء سجل يوميات الأفكار غير السوية [1] (انظر شكل ٢ – ٦) ، وقائمة الأنشطة الأسبوعية (انظر شكل ٣ – ٦) .

الجلسة الثالثة

تحسنت الحالة المزاجية لإيرين بصورة ملحوظة بعد الجلسة الثالثة ، فقد انضمت لفريق للعب التنس مع أختها ، وبدأت فى الاستجابة بشكل أكثر عقلانية لفكرتها الآلية حول كونها غبية . والواقع أنها كانت تمارس مهارات علاجها المعرفى ، من خلال مساعدتها لصديقة لها لديها مشكلة مشابهة تتعلق بلوم الذات، وكان البند الأول فى الأجندة ، التى اختارت إيرين البدء بالعمل عليه هو «كيف أتراجع أمام الآخرين» ، وهو جانب من مخطط الخضوع . وقد وصفت حادثة تفوقت فيها إحدى جاراتها عليه ، دون أن تستطيع تأكيد حقها . وعبرت إيرين من خلال مناقشة أفكارها عن التناقض ، الذى يسم مخطط الخضوع ، والذى يتدخل فى سلوكها التوكيدى :

إ : أريد أن أكون شخصاً لطيفاً ، لا أريد أن أتسبب فى كثير من المشكلات ، لا أود العراك باستمرار مع شخص ، ولكننى لا أحب نفسى عندما استسلم كثيراً .

م : حسناً ، هل من الممكن أن تكونى شخصاً لطيفاً دون أن تكونى مستسلمة كل الوقت ؟

إ : أظن .

واصل المعالج الفحص لفهم أسباب اعتقاد المريضة أن الشخص اللطيف لا يمكنه أن يغضب أو أن يكون توكيدياً . ومع تطور النقاش ، أصبح من الواضح أن المريضة ترى نظريا أنها غير سيئة بالضرورة لأنها غضبت ، ولكنها شعرت على الرغم من ذلك أنها على خطأ فى مواقف الحياة الطبيعية . وكانت مهمة المعالج التالية هى مساعدة المريضة على التفكير عقلانيا لاكتشاف التشويه فى تفكيرها

(1) Dysfunctional Thoughts

فى سياق حدث واقعى . وبناء على طلب المعالج ، وصفت إيرين جدلا صرخت فيه على إحدى جاراتها لسبب مبرر جدا على الرغم من أنها شعرت أنها سيئة . وقد ساعدها المعالج على استخدام المنطق لتقييم مخططها غير التوافقى :

م : كانت لديك فكرة هى «أنا مخطئة بثورتى عليها ، وبصراخى فى وجهها» ، ويبدو من المحتمل أنك تعتقدين فى هذه الفكرة ، وأن هذه الفكرة صحيحة ، وأنك مخطئة . وطالما تعتقدين أن هذه الفكرة صحيحة ، تصبح لديك رغبة عندئذ فى الانسحاب .

إ : صحيح .

م : دعينا نفحص الآن هذه الفكرة . هل تعتقدين أن هذه الفكرة سليمة ؟

إ : لا ، لا أعرف كيف يمكن أن تكون سليمة .

م : إذاً فوفقاً لتقييمك الشخصى ، أنت لا تعتقدين أنه من الخطأ الدفاع عن حقوقك؟

إ : صواب

م : وهل تعتقدين أن الفزع سيصيبك إذا طلبت جارتك الشرطة من أجل سيارة سدت الطريق على سيارتها ؟

إ : حسنا ، يجب ألا تسد سيارة الطريق على سيارتها . . .

م : ليس هذا هو السؤال ، هل تستدعى الشرطة ؟ ؟

إ : لا أنا لم استدع الشرطة عندما وضعت سيارتها فى وسط طريق الدخول والخروج .

م : حسناً ، إذاً ، هل تعتقدين أنه من الطبيعى بالنسبة لأى شخص أن يثور على شخص آخر بسبب شىء مثل هذا ؟

إ : انتظر ، ما هذا ؟

م : دعينى أقولها بشكل لآخر . هل تعتقدين أنه من الطبيعى أن تثورى فى هذا الموقف ؟

إ : نعم .

م : حسنا ، إذاً فأنت لا ترين أى خطأ فى ثورتك ؟

إ : لا

م : لا ، وبالتالى فإن تفكيرك كان صائباً بعد أن كان خطأ أن تثورى وتصيحى فى وجهها .

إ : نعم هذه فكرتى الآن .

م : حسناً ، هذه إحدى المشكلات ، إذا أردت أن تتجاوزى هذا الإحساس ، وتعطى لنفسك الوقت الكافى ، فإن أحد الأشياء التى يمكن القيام بها هى النظر فى هذه الفكرة - كان من الخطأ أن أقوم بهذه الأفعال وتلك - وعليك الرجوع لهذه المناقشة التى قمنا بها الآن ، وقررى بنفسك ما إذا كنت بالتأكيد مخطئة . والآن فى كل مرة تؤكدين فيها نفسك بهذه الطريقة المحددة فكرى - أننى مخطئة فى ذلك - وستشعرين شعوراً سيئاً ، وعندئذ لن تريدى توكيد نفسك مرة أخرى . هل هذا واضح ؟

إ : أوه ، أوه .

م : إذاً علينا أن نقرر هنا والآن ، هل فكرت فعلاً أنك مخطئة بتأكيد نفسك فى مواجهة جارتك ؟

إ : لا .

م : والآن فى المرة التالية عندما تنتابك فكرة - أنا مخطئة - ما كان يجب أن أقول ذلك ، ما كان يجب أن أتمسك بحقوقى - ما الذى ستجيبين به على هذه الفكرة ؟

إ : إذاً لم أكن مخطئة ؟ أنا غير مخطئة ، ويجب أن أدافع عن حقوقى .

م : والآن هل تقولين ذلك لأن هذه هى الإجابة ، أم لأن هذا ما تعتقدين فيه ؟

إ : لا ، هذا ما أعتقده . أنا فعلت الصواب هنا . لقد فعلت الصواب . لقد فعلت الصواب .

تابع المعالج هذه المناقشة مستخدماً أسلوباً يسمى «نقطة مقابل نقطة»(1) لمساعدة إيرين على ممارسة الاستجابات العقلانية لأفكارها الآلية بقدر أكثر

(1) Point counter point .

كثافة . وقد عبر المعالج فى هذا الجزء المقتبس من الحوار عن أفكار المريضة نفسها المتسمة بالسلبية ، بينما تحاول هى الدفاع عن نفسها بعقلانية أكبر :

م : والآن سأمثل دور المدعى فى المحكمة ، وسأقول «أنا أفهم أنك تصرخين فى وجه جارتك لأنها أستدعت الشرطة . هل هذا صحيح ؟»

إ : نعم

م : يبدو لى الآن أنك ارتكبت فعلاً سيئاً .

إ : لا ، ليس سيئاً

م : ألا تعتقدى أنه كان سيئاً ؟

إ : لا ، كان يجب أن أضربها .

م : حسناً يمكنك الجلوس هنا ، والقول أنه كان عليك ضربها ، أظن أنك قلت قبل ذلك أنك أردت أن تكونى شخصاً لطيفاً .

إ : لقد كنت لطيفة عندما لم أطلب الشرطة ، عندما أغلقت على الطريق بسيارتها.

م : أعرف ، ولكنك تقولين الآن أنه كان عليك أن تضربيها .

إ : لا ، ماكنت لأضربها ، ما كنت سأضربها ، مالم تضربنى هى .

م : حسناً ، ولكن مازالت هناك حقيقة أنك صرخت فى وجهها .

إ : نعم صرخت فى وجهها .

م : لا يبدو لى أن الناس الذين يتصفون بالرقة يصرخون فى وجوه الآخرين .

إ : حسناً ، أنا مازلت شخصاً لطيفاً ، ولكنها أخطأت ، وكان لابد أن أقع أنا الأخرى فى الخطأ .

م : حسناً ، كيف يمكن أن تظلى شخصاً لطيفاً إذا كنت تصرخين فى وجوه الناس؟

إ : كيف أظل شخصاً لطيفاً ؟ أنت بالفعل شخص لطيف . أنت بالفعل شخص لطيف ، إن الأمر مجرد أن الشخص اللطيف يمكنه أن يغضب هو الآخر .

م : تقولين إن الشخص اللطيف يمكنه أن يغضب أيضاً ؟

إ : عندما يخطئ بعض الناس فى حقه .

م : من أين اتيت بهذه الفكرة حول أن الناس يغضبون عندما يكونون مخطئين ؟

إ : عندما يكون الشخص الآخر على خطأ ؟ من أين اتيت بهذه الفكرة ؟ إنها فكرة صحيحة .

م : هل تعتقدين حقا أنها فكرة سليمة ؟

إ : نعم ، الأشخاص اللطفاء مثلهم مثل بقية الناس

م : إذاً ، يمكن للأشخاص الذين يتصفون باللطف أن يغضبوا ؟

إ : (همهمة) هِم . . . هِم

عاد المعالج فى النهاية إلى المخطط ، وسأل المريضة عن مقدار اعتقادها فى هذا المنظور الجديد :

م : إذا غضبت ، فأنت لست شخصاً لطيفاً ، هل تعتقدين الآن فى صحة ذلك ؟

إ : لا

م : هل تعتقدين أنها فكرة صحيحة جزئياً ؟

إ : (همهمة) ، لا ، حسنا أنهم لا يغضبون من أجل لا شىء ، إنهم يغضبون عندما يكون هناك سبب .

م : حسناً إنك تقولين حتى الآن أنك تعتقدين – الآن نتكلم عن الاعتقاد – لنضع الأمر بعبارة أخرى ، الاعتقاد أن غضبك قد يثور ، ومع ذلك تظلين شخصاً لطيفاً ، ما مقدار اعتقادك فى ذلك ؟

إ : ١٠٠

م : ١٠٠ ٪

إ : نعم

م : أنت متأكدة ١٠٠ ٪ وليس ٩٠ ٪ أو ٨٠ ٪ .

إ : لا اعتقد ١٠٠ ٪

راجعت إيرين والمعالج خلال الوقت المتبقى من الجلسة بعض حالات نقص التوكيدية ؛ لتدعيم النقطة الأساسية للجلسة ، وهى أن : الأشخاص الذين

يتصفون باللطف يمكنهم السلوك بطريقة توكيدية ، وأن الأمر قد يصل بهم أحياناً إلى الغضب الشديد . وانتهت الجلسة بملخص للقضايا الأساسية التى أثيرت خلال الجلسات الثلاثة الأولى .

ملخص الجلسات الأولية

قام المعالج خلال الجلسات الثلاثة الأولى بوضع أسس بقية فترة العلاج . وقد بدأ على الفور فى تعليم إيرين كيف تحدد أفكارها الآلية السلبية ، ومن هنا بدأ المعالج فى فهم مشاعرها اليائسة والكشف عن أفكارها الانتحارية . ومن خلال تحديد أفكارها فى مواقف مختلفة ، أصبح قادراً على استدلال عدد من مفاتيح المخططات ، التى برهنت فيما بعد على أنها تلعب دورا محوريا فى تفكير إيرين : اعتقادها أن الآخرين لا يهتمون بها ، وأنه يسهل قيادها ، وأنها غبية ، وانها لن تكون شخصاً لطيفاً إذا مارست سلوكاً توكيدياً . وقام المعالج باستخدام أقصى مهاراته لفحص أفكار المريضة ، خلال جلسات العلاج لمساعدتها على معرفة أنها كانت تشوه الدلائل حول التفاعل العلاجى ، وأنها كانت تتوصل إلى استخلاصات غير صائبة حول أنها غبية ، ويمكن التلاعب بها .

وفيما يتجاوز تحديد الأفكار والتشوهات ، قام المعالج بتوجيه إيرين لتقوم بخطوات عيانية لتتجاوز افتقارها للنشاط وسلوكها الانسحابى : فقد طلب منها أن تقيم مزايا وعيوب البقاء فى فراشها . وحلل معها مهمة الالتحاق بمجموعة للعب التنس إلى خطوات صغيرة وعملية ، وشاركها فى تطوير قائمة أنشطة تقوم بها خلال الأسبوع .

وأخيراً استخدم المعالج مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات ليعرض على إيرين كيفية اختبار صحة أفكارها ، والتوصل إلى استجابات عقلانية ، والإحساس بمشاعر أفضل . مثال ذلك أنه خلال البرنامج العلاجى ثلاثى الجلسات ، صمم المعالج تجربة ، واستخدم إعادة الإعزاء ، وقدم زوايا جديدة للنظر ، ومارس أسلوب نقطة مقابل نقطة .

وهناك نقطة أخيرة نود تأكيدها ، هى أن النموذج العلاجى الأولى هو الاستجواب ، وأغلب تعليقات المعالج كانت فى صيغة أسئلة . وقد ساعد ذلك إيرين على تقييم أفكارها خارج الجلسة ، ومنعها من الشعور أنها هوجمت أثناء العلاج .

وبنهاية هذه الجلسات الأولية ، ذكرت إيرين أن لديها قدراً أكبر من التفاؤل حول أن حياتها يمكن أن تتغير ، وعندئذ تم تحويلها إلى معالج معرفى آخر ، هى دكتور جوديث ايدلسون Judith Eidelson للقيام ببقية العلاج (وقد فسرت أسباب هذا التحويل للمريضة قبل مقابلتها للمعالج الأول [أ . ت . بيك]) .

الجلسات التالية

كانت القضية الأولى التى تعاملت معها المعالجة الثانية هى اعتقاد إيرين أنها غبية . وقد بدأت المريضة فى تعبئة سجل يومى للأفكار غير السوية ، وجمع الأدلة حول أنها ليست غبية كما اعتقدت . والواقع أن إيرين توصلت إلى إمكانية حصولها على دورة دراسية بإحدى الكليات . وكانت هناك عدة عقبات :

(١) أن زوجها لم يسبق له إطلاقاً أعطاؤها سواء مفاتيح منزلهما أو سيارتهما.

(٢) لم يكن لديها ما يكفى من النقود للحصول على هذه الدورة الدراسية .

(٣) أقلقها أن زوجها قد يحاول عقابها إذا حاولت إن تصبح أكثر استقلالية .

وقد صممت المعالجة عدداً من التجارب مع إيرين لاختبار سلسلة من المعتقدات ، هى : أن زوجها قد يعاقبها ، وأنها ستفشل فى القيام بوظيفة حتى إذا حصلت على واحدة ، وأنها قد تفشل فى الوصول إلى المستوى الذى يسمح لها بالالتحاق بالدورة الدراسية .

وقامت إيرين من خلال مجموعة من المهام المتدرجة بسؤال زوجها حول إمكانية حصولها على المفاتيح ، والالتحاق بمجموعة التنس ، والبدء فى الاختلاط بأصدقاء . وعلى الرغم من شعور زوجها بالرفض واتهامه لإيرين بالغباء ، إلا أنه لم يتخذ على الإطلاق آية خطوة إيجابية للوقوف فى وجهها . وعلى الرغم من توقعاتها ، حصلت إيرين على وظيفة ساقية ، ومرة أخرى على النقيض من توقعاتها كانت ناجحة للغاية ، وتلقت قدراً كبيراً من ردود الفعل الإيجابية حول عملها .

وما أن حصلت إيرين على الوظيفة ، حتى انتظمت فى دورة لدراسة علم الاجتماع ، وحصلت على تقدير «ممتاز» . وحددت إيرين ، خلال كل خطوة فى

هذا التتابع أفكارها الآلية واستجابت لها ، قبل أن تقوم بالخطوة التالية فى اتجاه الاستقلالية .

وقد أثارت المريضة خلال الجلسات الاخيرة قضية هجرها لزوجها . وعملت المعالجة مع إيرين على تقييم عدد من الأفكار :

(١) أن تغيراً قد يحدث لزوجها بشكل ما ، وتعود حياتهما الزوجية لمسارها السليم .

(٢) أن الزواج التزام على مدى العمر .

(٣) لا أستطيع تدبر أمورى بمفردى .

(٤) هجرى له قد يمثل فشلاً لى .

وقد استبعدت إيرين بعد ذلك كل فكرة من هذه الافكار بوصفها غير صحيحة أو غير محتملة ، وقررت إنهاء حياتها الزوجية . وقد أنهت إيرين العلاج بعد ذلك بوقت قصير . وقد شعرت بالثقة فى نفسها وفى قراراتها ، وكانت درجتها على بطارية بيك للاكتئاب BDI فى المدى السوى وقد اكتملت فترة علاج خفض الأعراض بصورة ناجحة خلال ٢٠ جلسة .

ويصف الجزء التالى مرحلة منع الانتكاس فى العلاج المعرفى .

المرحلة الثانية : العلاج بالتركيز علي المخططات لمنع الانتكاس

يظل المرضى ، حتى بعد أن يشعروا أنهم أصبحوا فى حال أفضل ، عرضة لاكتئاب تالٍ مالم تحدد مخططات عدم السواء لديهم ويتم تعديلها . وبالتالى فإن منع الانتكاس مكون مهم فى علاج الاكتئاب . وعلى الرغم من أن الانتكاس يظهر بقدر أقل بين المرضى ، الذين يعالجون علاجاً معرفيّاً مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى (Beck et al. 1979; Hollon et al., 1991; Whisman, Miller, Norman & Keitner, 1991) إلا أنه يظل على الرغم من ذلك موضوعاً جوهرياً ، يشغل أهتمام الاخصائيين الاكلينيكيين . نتيجة لذلك طورت مرحلة علاجية إضافية تهدف للتكامل مع بنية هذا الاستعداد النفسى العميق . وتسمى هذه المرحلة الجديدة مرحلة العلاج بالتركيز على المخططات ، وهى تسمى كذلك لأن التأكيد فيها يكون على تحديد وتغيير المخططات الكامنة لدى المريض . وقد نشر يونج وكلوسكو Young and Klosko (1993) كتاباً حديثاً

للمساعدة الذاتية للمرضى ؛ لتوجيههم خلال هذه المرحلة .

وقد ذكر بيك وزملاؤه Beck et al. (1990) الآتى :

يبدو من الصعب تبديل المخططات ، فهى متشبثة تماماً بموقعها نتيجة للسلوك والعناصر المعرفية والانفعالية . وعلى الاسلوب العلاجى أن يتخذ منحىً ثلاثيا . واتخاذ منحى معرفيّاً صارماً ومحاولة جدال المرضى بعيداً عن تشوهاتهم أمر غير فعال . وجعل المرضى ينفثون عن أنفسهم خلال الجلسة ويتخيلون ، ويتذكرون لا ينجح فى حد ذاته . والبرنامج العلاجى الذى يتجه إلى هذه المجالات الثلاث جوهرى ؛ فتشوهات المريض المعرفية تعمل بوصفها معلم يشير إلى المخطط (ص ١٠) .

نتيجة لهذا تختلف مرحلة العلاج المتمركزة حول المخططات جوهرياً عن المرحلة المبكرة ؛ من حيث إنها تؤكد بقدر أكبر على الأنماط والجذور الارتقائية المبكرة ، وصعوبات التفاعل الممتدة عبر الزمن ، والعلاقة بين المريض والمعالج والممارسات التجريبية والانفعالية .

مرحلة منع الانتكاس

دراسة حالة : ميشيل

توضح دراسة الحالة الثانية أهمية علاج المخططات فى النوبات الاكتئابية ، من خلال إلقاء الضوء على مرحلة العلاج بالتركيز على المخطط .

تاريخ الحالة والمشكلات الحالية

قرأت المريضة «ميشيل» عن العلاج المعرفى فى عدد من المجلات ، وفكرت فى أن ذلك قد يساعدها ، واتصلت بالمركز لتحديد موعد . وذكر القائم بالمقابلة الأولى أن ميشيل أمرأة يهودية فى الثلاثين من العمر متزوجة على مدى السنوات الستة السابقة من جيم وهو كاثوليكى ، يعمل فى الاستثمارات المصرفية فى وول ستريت . ولم يسبق لأحدهما الزواج من قبل . وقد ذكرت المريضة أنها «كانت تعيش حياة زوجية سعيدة حتى أخر ٨ اشهر الأخيرة . وحتى ذلك الوقت ظلت محتفظة بوظيفتها الناجحة فى مجال بيع العقارات» .

وكان دافعها المباشر للعلاج رد فعلها من زيارة لطبيبها المتخصص فى أمراض النساء : فبعد سماعها أنها غير حامل ، انهمرت ميشيل فى البكاء فاقدة

القدرة على التحكم فى نفسها ، وأقنعت بالسعى للحصول على مساعدة نفسية .

وقد حصلت على ٢٨ درجة على بطارية بيك للاكتئاب ، مما يضعها فى مدى اكتئاب بين المتوسط والحاد . وقد أجابت أيضاً عن بطارية تاريخ أنماط الحياة المتعددة[١] (Lazarus & Lazarus, 1991) ، وهى أداة تتكون من ١٥ صفحة ، تغطى مجالات عريضة من القضايا المتعلقة بالمشاعر والأفكار ، والسلوك، ومجموعة متنوعة من قضايا العلاج النفسى . وقد ذكرت المريضة فى إجاباتها عن بطارية تاريخ أنماط الحياة المتعددة مشكلاتها الأساسية على أنها اكتئاب وعدم سعادة مع نفسها ، وشعورها أنها غير محبوبة ، ولا تحظى بالتقدير . كما ذكرت أيضاً السلوكيات الآتية بوصفها تنطبق عليها : مماطلة ، منسحبة ، لديها صعوبات فى التركيز ، واضطراب فى النوم ، وبكاء وسورات مزاجية . كما أشارت أيضاً إلى أنها دائماً ما تشعر بالغضب والحزن والاكتئاب والصراع وعدم السعادة واليأس والوحدة . وقررت العبارة الاتية : «أنا بلا قيمة ، وحياتى خاوية ، وضائعة ، وليس هناك ما يتطلع المرء إليه» .

وكانت ميشيل قد تركت وظيفتها ، عندما جاءت لأول مرة لإجراء المقابلة، وكانت تغادر البيت بصعوبة ، فقط لمجرد التسوق ، وكانت تقضى أغلب وقتها فى الفراش أو فى مشاهدة التليفزيون . وقد شخص القائم بالمقابلة المريضة ، بناء على كل البيانات السابقة ، على أنها تعانى من نوبة واحدة من الاكتئاب الأساسى ، وقد أحيلت إلى المؤلف الثالث (أ . واينبرجر) للعلاج .

وقام المعالج (م) باتباع المنحى العام نفسه ، الذى سبق وصفه فى هذا الفصل لإيرين : فقد حدد الأفكار غير السوية وتحداها ، وحصل على سجلات للأفكار ، وصمم أجندة وقوائم للأنشطة ، وتابعها إلى أن انخفض اكتئاب ميشيل (ش) . وعادة ما تبدأ مرحلة التركيز على المخطط ، بعد أن يبدأ المريض فى الشعور أنه أصبح فى حالة أفضل ومواصلاً لأداء أكثر فعالية . وبعد ١٨ جلسة أنخفضت درجة ميشيل على بطارية بيك للاكتئاب إلى ١٧ درجة وعندئذ تحول المعالج إلى مرحلة التركيز على المخططات ، مع تقديم تفسير لهذا الانتقال كالآتى:

م : حسناً ، ما أفكر فيه هو أن ما يجب أن نعمل عليه الآن ، يا ميشيل ، هو بما

(1) The Multimodal Life History Inventory

أنك أصبحت الآن أقل اكتئاباً ، وأصبحت قادرة على مغادرة الفراش ، وأصبحت قادرة على العمل خلال النهار – هو قضية ما يدور بينك وبين زوجك .

ش : حسناً ، نعم ، لقد كنت خائفة من أننا سنتناول هذا الأمر .

م : وعندما نبدأ فى النظر فى مشكلات العلاقة . وهذا النوع من القضايا ، سنحاول النظر فيما نطلق عليه اسم المخططات . والمخططات تشبه الأنماط المستمرة على مدى العمر ، والسياقات المستمرة على مدى العمر فى حياتنا ، والتى نقوم بتكرارها مرة تلو المرة باستمرار ، وهى مثل الأزرار التى يضغط عليها، وعند الضغط عليها نتصرف بطريقة انفعالية للغاية نحوها .

ش : حسناً ، أعتقد أنه يعرف على وجه التحديد كيف يضغط على أزرارى.

م : نعم ، وما أفكر فيه أن ما نستطيع عمله الآن فى هذا الجزء من العلاج ، هو أن نحاول أن نجد على وجه الدقة ما هذه الأزرار التى يضغط عليها فيكِ ، ومساعدتك على تعلم كيف تعملين بشكل أفضل مع هذه الأزرار .

وقد ركز المعالج فى هذه المرحلة على الأنماط الأكثر دواماً ، والمشكلات ، والسياقات التى قد تكون سبباً فى تعرض المريضة لنوبات مستقبلية من الاكتئاب .

وفى حالة ميشيل ركز المعالج على المشكلات الحياتية الاتية :

(١) عدم قدرتها على التعبير عن نفسها ، وطلب أشياء من زوجها على وجه الخصوص ، وقد اعترفت على الفور بالآتى : «أنا فى حاجة لأطلب أكثر ، ولكننى لا أستطيع ذلك»

وكان هذا يعنى على وجه التحديد حاجتها لطفل ، ولكنها تعتقد أن ذلك سيفسد الأمور مع جيم .

(٢) أفكار متكررة حول انهيار علاقتها الزوجية ؛ لأنه «دائماً ما يشعرنى كما لو أنه على وشك تركى» .

(٣) تقدير ذات منخفض ، شعور بعدم المرغوبية ، وأنها غير محبوبة ، «لأن وزنى يزيد عن المعدل بحوالى ١٢ إلى ١٥ رطلاً» .

عناصر التقـــييم

يمكن تقسيم مرحلة التركيز على المخططات إلى مكونين متمايزين : مكون التقييم ، ومكون التغيير أو العلاج . ويتضمن التقييم بمفرده ثلاثة أجزاء متمايزة ولكنها مترابطة : مراجعة متمركزة حول تاريخ المريض ، فى محاولة للربط بين الخبرات السابقة والمشكلات القائمة ، أستخدام اختبار المخطط ، وهو أداة صممت لتحديد المخططات ، وجزء تجريبى لتنشيط وحفز المخططات .

بدأ المعالج المراجعة المتمركزة حول التاريخ من خلال التدقيق فى طفولة المريضة وبداية صعوباتها الانفعالية ومسار هذه الصعوبات . وكان تذكر ميشيل لحياتها الأسرية المبكرة ناقصاً . فقد ذكرت أن والدها كان شخصية متألقة ومعطاءً جيداً» ودائماً ما لا تجده حولك» وتذكرت أمها باعتبارها شخصية رقيقة ولكنها سلبية على ما يبدو . وخلال نضجها لم تكن تفضى بمكنون نفسها لأى منهما خوفا من إثارة الغضب ، أو السخرية أو «ما هو أسوأ» وبالأخص من جانب والدها . وكانت أختها التى تصغرها بعامين هى محبوبة والديها «وهى تذكر إعزازهما لها حتى الآن» .

وذكرت ميشيل عدم وجود أية نوبات اكتئابية منذ بدأت مواعدة الشبان» ، «وبدء شعورها أنها وحيدة بشكل مفزع ، وأنها مهملة» عندما تعرضت علاقاتها للمعاناة . وكشفت أسئلة إضافية حول ماضيها وخبراتها السابقة مع العلاج النفسى عن وجود عدد من النوبات الاكتئابية الصغرى ، ونوبة واحدة من الاكتئاب الأساسى . وقد تبين أن علاقاتها المتذبذبة المتصورة أو الحقيقية مع زوجها جيم استثارت لديها عديداً من ردود الفعل الاكتئابية ، خلال فترة زواجهما وكذلك خلال فترة تعارفهما . وكان إعلان جيم لها بعد عدة شهور من تعارفهما أنه سينهى علاقاته بها هو ما استثار نوبتها الاكتئابية الأساسية . وحيث أصبحت فاترة الهمة وتفتقد دافعية الاستمرار فى دراستها ، وكانت على حافة ترك الدراسة، فقد نصحتها أسرتها أن تسعى للحصول على مساعدة ، وحصلت على علاج مع مرشد أكاديمى . وعلى الرغم من كون العلاج «مفيداً إلى حد ما» ، فقد شفيت تماماً عندما اجتمع شملها مع جيم بطريقة آمنة وتوقفت عن العلاج .

(1) Schema Questionnaire (SQ)

وبناء على هذه المراجعة المحورية لتاريخها ، والتى كشفت عن سياقات من العزلة الانفعالية ، أب غائب ، وخوف من التعبير عن النفس ، وانخفاض فى تقييم الذات . افترض المعالج أن صعوبات ميشيل الراهنة ، وهى : عدم القدرة على التعبير عن أحتياجاتها لزوجها ، ومشاعر عدم الأمان المتعلقة بحياتها الزوجية ترتبط بمخططات سابقة لسوء التوافق تقع فى مجال انقطاع الصلة(١) وفقدان المرغوبية . ووفقاً لمنحى المخططات ، فإن سياقات الانفصال تدور حول توقعات المرء أن حاجاته لعلاقات آمنة ومستقرة ومضمونة لا يتم الوفاء بها بطريقة تقبل التنبؤ . ويشير عدم المرغوبية إلى اعتقاد المرء أنه غير مرغوب من الآخرين (انظر شكل ١ – ٦) .

وللكشف عن هذه الفروض بقدر أعمق ، تقدم المعالج نحو الخطوة التالية فى عملية التقييم وطلب من ميشيل إكمال استخبار المخططات SQ كواجب منزلى، ويتكون استخبار المخططات من ٢٠٥ بنود وهو يستخدم لتقييم الـ ١٦ مخططاً الذى سبق عرضهم فى شكل (١ – ٦) ، ويطلب فيه من المرضى أن يقدروا كل جملة من حيث درجة دقتها فى عرض ما يشعرون به . ويراجع المعالج بعد ذلك الإجابات تفصيلاً مع المريض ، مع طلبه لمعلومات إضافية أو إيضاحات أثناء المراجعة . وكانت أعلى درجات ميشيل على البنود التى تقدر مخططات الهجر (عدم الاستقرار المدرك ، أو عدم مصداقية الأشخاص المتوفرين للدعم أو الاتصال) ، النقص (اعتقاد المرء أنه غير محبوب أساساً ، ومعيوب ، وناقص وعاجز) ، والخضوع (تسليم المرء المفرط بقرارات وتفضيلات الآخرين لتجنب الغضب ، والانتقام ، أو الهجر) . وقد وافقت ميشيل بشدة على بنود ، مثل: «اجد نفسى ملتصقة بالاشخاص القريبين منى لأننى أخشى أن يتركونى» ، «لا يريد أحداً ممن أرغب بقاءهم بالقرب منى إذا عرف الحقيقة عنى» و «أترك الآخرين يفعلون ما يشاؤا لأننى أخشى العواقب» ، كما وافقت أيضاً على عدد من البنود ، التى تتناول الحرمان العاطفى ولكن بقدر أقل . واستخبار المخططات أداة مفيدة لصياغة الفروض . واستطاع المعالج مع توفر هذه المعلومات الإضافية تحديد أربع مخططات مختلفة . وقد أدى ذلك إلى تأكيد الفروض حول أن جزءاً من مشكلة ميشيل الراهنة ناتج عن المخططات .

---

(1) Disconnection

وحتى هذه النقطة يعد التقييم تاريخياً و «منطقياً» فى الأساس ، وفحص المعالج واستثار المخططات تجريبيا فى الجزء الاخير من مكون التقييم ، وذلك لاختبار فروض إضافية ، وللكشف عن مصادر المخططات ، ولمعرفة كيف يمكن أن ترتبط بالمشكلات الحالية . وأحد المؤشرات الواضحة على أن مخططاً أمكن استثارته ، هو ظهور درجة مرتفعة من الانفعال . وكما يذكر بيك وزملاؤه Beck et al. (1990) «لا توحى استثارة المشاعر القوية أن مخططاً محورياً قد اكتشف فقط ، بل وأيضاً أن التفكير غير السوى أكثر قابلية للتعديل» (p.82) .

وأحد المبررات الإضافية لفحص المخططات ، هى جعل المريض يمارس مباشرة كل من محتوى المخطط وشدته . ونعرض فى الاقتباس التالى كيف ساعد المعالج ميشيل على تحديد أصول مخطط الهجر ، واستعادة خبرته :

م : ميشيل ، لماذا لا تغلقى عينيك الآن ، وترى إذا ما كان يمكنك أستحضار صورة بصرية لأى شىء يرد إلى خاطرك ، مجرد أن تخبرينى فقط بما ترين .

ش : هل يجب أن أرى شيئاً ؟

م : نعم ، هذه ليست أفكاراً ولكن ما نريده هو الصور ، قد تكون صورة شخص ، أو مكان ، أى شىء كان كما لو كنت تشاهدين فيلما سينمائيا فى رأسك .

ش : ما المقصود بكل هذا مرة أخرى ؟

م : حسناً ، المقصود هو محاولة اكتشاف المشاعر والسياقات ، والأزرار إذا رغبت، التى يضغط عليها والتى لا تكونى واعية بها الآن ، فقد ذكرت لى الآن أنك تشعرين بالبهجة ، ولكنك لا تعرفين لماذا ، ونحن دائماً ما نجد أنه عندما يغلق الناس أعينهم يتخيلون صوراً تخبرهم لماذا يشعرون بهذه المباهج ، لماذا هم عصبيون . لذلك تعد هذه طريقة للوصول إلى القضايا العميقة ، دون الحديث عنها مباشرة ولكن من خلال تصورها .

ش : حسناً ، لم أر شيئاً .

م : استمرى فى الاسترخاء ، لأن الامر يتطلب لحظات فى بعض الأحيان ، وعليك أن تتركيه يحدث . لا تقلقى ، حافظى فقط على عينيك مغلقتين وسيأتى شىء ما .

ش : ماذا إذا لم أر شيئا ؟

م : حسناً ، لا بأس ، إذا لم يأتيك شيء يمكننا العودة دائماً مرة أخرى ومحاولة ذلك مرة أخرى فيما بعد .

ش : أنا أرى شيئاً ما . أرى والدى يترك البيت مبتعداً ، وهو لا يريد الدخول والبقاء معى .

م : هل ترينه بالفعل يترك البيت ؟

ش : نعم ، إنه يبتعد الآن خارج البيت ، وهو يعلم أننى بالداخل ، وهو يعرف أننى أريد أن أكون معه ، ولكنه مجرد غير مهتم بالبقاء معى (بكاء) .

م : حسنا ، إنه يترك البيت ، إلى أين يذهب ؟

ش : لا أعرف ، إنه يريد الابتعاد عنى فقط .

م : وهل يعرف أنك تريدين رؤيته ؟

ش : نعم ، أنت تعرف ، ولكنه يعتقد كما لو أنه لا وجود لى ، إننى لا أستحق أن أكون معه ، هذه هى دائماً الطريقة التى يريد أن يشعرنى بها .

وتكشف هذه الاستراتيجية التحفيزية بشكل حاد عن المعاناة الطفلية غير الصحية المبكرة لميشيل مع والدها ومشكلاتها الراهنة مع زوجها .

م : والآن يا ميشيل ابقى عينيك مغلقة من فضلك ، وانظرى إذا كنت تستطيعين استحضار صورة لجيم وأخبرينى بما ترينه .

ش : حسناً ، كما تقول ، أرى أن ما يفعله جيم هو أنه يسير خارج الباب ويغلقه خلفه بعنف .

م : مثلما كنت مع والدك ، المشاعر نفسها عندما كنت هناك ؟

ش : نعم ، أشعر انها مثلها تماما .

واعتماداً على هذا النوع من العلاقة ، كان فى مقدور المعالج أن يحدس أنه نتيجة لخبراتها السابقة غير التوافقية مع والدها ، تعانى الآن من المشاعر نفسها فى علاقاتها بزوجها ، وذلك بالاستمرار فى الاعتقاد أن زواجها غير مستقر ، وأنها ستتعرض للهجر مرة أخرى ، إذا قامت على وجه الخصوص بالتعبير عن احتياجاتها ومشاعرها ، وقد استمرت فى تدعيم صلتها بماضيها وبمخططها

المتعلق بالهجر .

وتذكرت المريضة من خلال التخيل أثناء الجلسة التالية أنها عندما كانت فى السادسة من العمر ، أنهمرت فى البكاء أثناء وجودها فى أحد المتاجر ، عندما لم تجد والدها بجوارها واعتقدت أنه قد تركها . وقد أدى وضع هذه النتائج معاً فى التقييم الخاص بالمرحلتين إلى تعزيز كل منهما للأخرى ، وهو ما سمح للمعالج بصياغة تصور مفهوم حول أصول مخططات المريضة ، كيف أرتبطت فيما بينها، وكيف أسهمت فى مشكلاتها الراهنة .

قام المعالج بعدئذ بمشاركة ميشيل فى صياغته ، وطلب منها عائداً (رد فعلها) .

م : لما لا نبدأ بتلخيص ما توصلنا إليه الآن لكى نفهم بعض المخططات ، التى أثرت فى حياتك . والمخططات الثلاثة التى حددناها خلال مراجعتنا لتاريخ حياتك المبكر ، والتى قمنا بمناقشتها ، هى : الهجر والخضوع والعجز ، ونناقش كذلك استخبار المخططات ، والتخيل والأعمال الأخرى التى قمنا بها .

وكما تذكرين فالخضوع هو اعتقادك أنك لا تستطيعين التعبير عما تريدينه؛ نتيجة لخوفك من الانتقام ، والذى يعنى فى حالتك أن شخصاً ما سيغضب منك وسيتركك نهائيا ، وأنك لا تستطيعين طلب ما تريدين ، دون أن يغضب جيم أو والدك منك ، ويبتعدان عنك أو يتركانك .

وخلف مخططك للهجر يوجد مخططك للخضوع ، أى إحساسك بأن الناس سيتركونك ، وأنك لا تستطيعين الاعتماد عليهم ليبقوا . ويفسر ذلك لماذا أصبحت شديدة الخوف ومرتعبة عندما كنت طفلة مع والدك ، والآن فى حياتك مع جيم . والتفسير الذى وصلنا إليه حول لماذا قد تهجرين هو لأنك بشكل ما عاجزة : إحساسك أن فيك شيئاً ما خطأ ، وأنك بلا قيمة ، وأنه يمكن نبذك بسهولة ، وأنك تكونين مزعجة أو سيئة بشكل ما عندما تطلبين ما تريدين . ويساعد ذلك على تفسير - فى تفكيرك - لماذا يريد جيم تركك ، لماذا سترينه على الفور خارج الباب ما أن تبدين عدم موافقة على شىء ما ، والطريقة التى تعاملت فيها مع مخاوفك من أن تهجرى ، هى حتى الآن أن ذلك يحدث من خلال طلبك لاحتياجاتك .

هل يشعرك هذا التفسير أننا على الطريق الصحيح ؟ هل يبدو لك صائباً ؟ هل هذه هى المفاتيح الثلاثة أو المخططات التى أستثرناها فى موقف جيم ؟

وقد وافقت ميشيل على الصياغة التى قدمها المعالج ، على الرغم من استمرارها فى الإصرار على أنها «إذا طلبت شيئاً فإنه سيتركنى ، وهو سعيد بالبقاء معى بقدر ما لا أطلب منه شيئاً» .

مكون التغيير

لإعداد ميشيل لمكون التغيير فى علاج المخططات ، بدأ المعالج فى تعليمها طبيعة المخططات المبكرة وعملية تغيير المخطط . وعلى الرغم من حصول ميشيل على بعض التفسيرات حول فحص ودلالة المخططات ، قام المعالج بتقديم وصف تفصيلى ، فبالإضافة إلى اقتراحه أن تقرأ مطبوعة خاصة بالعملاء حول المخططات ، قام فى هذه المرحل بإعطائها وصفاً أكثر اكتمالا عن كيفية نشوء المخططات ، لماذا تكون بهذا القدر من قوة الاعتقاد ، وكيف تتدعم على مدى العمر بالاتجاهات والسلوكيات . وللإعداد الإضافى لها لمرحلة التغيير ، نصحها المعالج أيضاً أن تتوقع قدراً كبيراً من المقاومة من جانب مخططاتها ، وأن مخاوفها من الهجر والعجز ستستثار ما أن تحاول التعبير عن نفسها ، وتتخطى مخطط خضوعها .

وتختلف استراتيجيات وأساليب التدخل وأساليب التعليم المستخدمة ، خلال مرحل التغيير فى العلاج من مريض لآخر . ويعتمد الأسلوب المعين المستخدم على طبيعة المخططات النوعية المتضمنة وكيفية ارتباطها معاً (Bricker, Young & Flanagan, 1993) . وعلى الرغم من ذلك ، فقد أخترنا أربعة استراتيجيات ، ممثلة للمناحى المعرفية والتجريبية والتفاعلية والسلوكية لعرض هذا الجزء من العلاج .

وعلى الرغم من الميل لانتخاب شركاء – يقومون باستثارة المخططات الكامنة كطريقة لمواصلتها ، فإن مرضى مشكلات الهجر يمكنهم – وهم يقومون بالفعل – بإعطاء تقدير مبالغا فيه لمدى ما يكون عليه شركاؤهم من سلوك هاجر ، وبالتالى بدأ المعالج مرحلة التغيير باستراتيجية معرفية : باختبار الدلائل المتعلقة باحساس ميشيل بعدم الأمان ، بالنسبة لحياتها الزوجية ورغبة زوجها فى تركها بمجرد بوحها باحتياجاتها له .

م : هل من المحتمل بناء على بعض هذه المخططات التى تحدثنا عنها ، أن بعض مشاعرك حول أنك عاجزة ، أو أن الناس سيبتعدون عنك ، هى التى تجعلك تبالغين فى أن جيم يميل إليك بقدر ضئيل ؟

ش : سيكون الامر رائعاً إذا كان ذلك صحيحاً ، ولكننى لا أعتقد ذلك .

م : حسناً ، لننظر فى الأمر ، ما الذى يمكنك الإشارة إليه على أنه دليل على افتتانه بك والتزامه نحوك ؟

ش : إنه يقول إنه يحبنى . ودائماً ما يكون سعيداً برؤيتى وبالتواجد معى . . . وهو يمتدحنى أحياناً عندما نخرج معاً ، لذا أعرف أنه مفتون بى ، وهو يشترى لى هدايا جميلة للغاية . خواتم ومجوهرات ، وكتباً ، وهو يأخذنى لنخرج معاً فى العطلات الأسبوعية . وهو يسألنى أين تريديننا أن نذهب فى الإجازات . أعتقد أنه يفكر فىّ .

م : هل هناك دليل على تركه لك ؟ هل سبق له أن تركك أو هددك أنه سيتركك؟

ش : عندما كنا نتواعد (قبل الزواج) تركنى عدة مرات .

م : وبعد أن أصبحتما زوجين ؟

ش : لا ، لم يحدث منذ زواجنا ، لم يتركنى إطلاقاً .

م : هل حدث مرة أن قال لك أى شىء حول رغبته فى تركك ؟

ش : لا

نتيجة لميل هذه التأثيرات العلاجية للتشتت مع الوقت ، عندما تكون معتقدات المريض ناتجة عن مخطط ، يتعين إعادتها مرات ومرات أخرى ؛ حتى يستطيع المريض تحدى المخطط بصورة أكثر اتساقاً . وأحد أساليب المتابعة المعرفية التى وجدنا أنها فعالة للغاية ، هى استخدام بطاقات الاسترجاع [1] وبطاقة الاسترجاع ببساطة عبارة عن بطاقة دليل ، تحتوى على ملخص للمخطط ومضاد أو مقاوم معرفى . وكانت البطاقة التى طلب من ميشيل قراءتها بشكل منتظم مصممة بالتعاون معها ؛ لكى تقاوم مخططاتها بطريقة ، تتجه مباشرة نحو مشكلاتها الراهنة فى تعلقها بالخضوع والعجز والهجر :

(1) Flashcards

«أعتقد الان أن عليّ أن أتخلى عن الفكرة الطفلية أو غيرها حول أن جيم سيتركنى ، على الرغم من شعورى بذلك وبسبب مخططاتى الخاصة بالهجر والخضوع والعجز . وقد توصلت إلى هذه المعتقدات نتيجة لقصور اهتمام والدى ، وإحباطه لى عندما كنت ارغب فى أن أكون معه . وحقيقة أن جيم لم يهددنى إطلاقا بتركى منذ تزوجنا ، وحتى عندما كنا نتواعد ، كان يعود إلىّ فى كل مرة يتركنى فيها .

ولدى أدلة كثيرة على أن جيم مفتون بى ، ويحبنى ولن يتركنى، منها أنه معى منذ عشر سنوات ، وهو يشترى لى هدايا غالية، ويخرج معى فى العطلات الأسبوعية ، ولا يرغب أبداً فى القيام بأجازات بمفردة ، وهو يقلق على إذا خرجت، وأسرته تحبنى.

والمرة الوحيدة التى أصررت فيها على ما أريد فيما يتعلق بالانتقال للسكن فى الضواحى ، تشاجر معى ثم أذعن ولم يتركنى . وبالتالى يمكننى أن أخبر جيم بما أريده ، وأثق أنه غالباً لن يتركنى» .

وقد كشف الجزء الأول من هذه الاستراتيجية المعرفية عن مقدار أخطاء الإدراك لدى ميشيل فيما يتعلق بزوجها ؛ فقد قللت من تقييمها لالتزام جيم نحوها، وبالغت فى تقييم رغبته فى تركها . وقد اعترفت بالتباين بين مشاعرها وتوقعاتها، وخبراتها الحقيقية مع جيم . وقد أظهرت مراجعة الحقائق أنه كان يستجيب لها ، عندما كانت تسأله بالفعل عن شيء ما ، وحتى عندما كان لا يوافقها الرأى ، لم يذكر أبداً أو يبدى أى ميل لتركها .

وقد شرح المعالج لميشيل أنها بعدم تعبيرها عن نفسها واستمرارها فى كبت احتياجاتها تواصل فى الواقع تدعيم مخططاتها . وتضمن الجزء الثانى من الاستراتيجية استخدام بطاقات الاسترجاع ، كما زودها بأداة فعالة ، يمكنها استخدامها لمقاومة مخططاتها خارج الجلسات .

يتعلق بهذا ملاحظة انه إذا كان جيم قد تحول حقيقة إلى شخص غير مبالٍ وعرضة لهجر ميشيل ، فكان سيصبح على المعالج فى هذه الحالة أن يسعى إلى مسار علاجى مختلف ، إما يتضمن علاج الزوجين معاً أو احتمال إنهاء الزواج .

وتقدم المعالج بعد ذلك لممارسات تجريبية لمساعدة ميشيل على تفكيك مخططاتها التى مازالت متبقية . ويستلزم ذلك جزئياً الدخول فى حوار مع والدها، والتعبير عن غضبها منه لجعلها تشعر بهجره وعجزها ، كما كانت تحتاج أيضاً لتعلم كيف «تشعر» أن إهمال والدها ليس خطأها :

م : هل تستطيعين الآن تخيل والدك خارجاً مبتعداً عنك ، وأنت تسأليه أن يعود ليقضى معك بعض الوقت ؟

ش : دادى ، دادى ، دادى أرجوك أن تعود وتلعب معى .

م : ماذا يقول ؟

ش : إنه يتظاهر أنه لم يسمعنى ومستمر فى السير بعيداً .

م : والآن فكرى فيما إذا كنت تستطيعين القول بصوت مرتفع فيما يفكر فيه .

و : (والدها) «ها هى تلح مرة أخرى . تريدنى أن أبقى معها ، إنها تتوقع الكثير . لابد أن هناك شيئاً خطأ فيها لتكون كثيرة المطالب هكذا» .

م : وما الذى تريدين قوله لوالدك ، بوصفك انسانة راشدة بعد أن سمعت أفكاره ؟

ش : (لوالدها) «أنا غاضبة منك للغاية . كيف تكون مشاعرك هكذا نحوى؟»

م : حسناً ، استمرى فى إخباره ما الذى تشعرين به الآن ، وماذا تعتقدين ؟

ش : حسناً ، (لوالدها) «أنا ابنتك ، أنا لست حشرة ، أريد فقط أن أكون معك لأننى أحبك ، وأشعر شعوراً طيباً عندما أكون إلى جوارك . أنا ابنتك ، من المفترض أنك تحبنى وترغب فى البقاء معى . أنت أب سيىء لأنك لا تبادلنى المشاعر نفسها» .

وقد أدى الحوار بين ميشيل ووالدها إلى تخلصها من مشاعرها نحو أبيها بطريقة بناءة ، وبالتالى شعورها بالقوة لتوكيدها لاحتياجاتها وحقوقها .

وخلال مرحلة العلاج بالتركيز على المخططات ، منح قدر كبير من الاهتمام للمخططات النشطة بين المريضة والمعالج خلال الجلسات ، ويؤدى ذلك إلى تزويد المرضى بمعلومات إضافية حول كيفية التخلص من مخططاتهم ، حتى فى المواقف المحايدة أو المدعمة . وفى الملخص التالى ، قام المعالج بمساعدة ميشيل على رؤية كيف أن مخططها الخاص بالعجز أصبح ناشطاً خلال جلسة ،

قام فيها المعالج بتفسير مفهوم المخططات المتصلة أو المستمرة :

م : الشيء المحزن فيما يتعلق بالمخططات ، هو أنها تكسب نفسها ديمومة ، حتى على الرغم من جعلها المرء غير سعيد . إن الأمر يبدو كما لو أنه من المريح أكثر البقاء مع اعتقاد مألوف ومؤلم ، بدلاً من التغيير إلى أعتقاد مختلف ، حتى لو كان هذا التغيير سيجعل المرء أكثر سعادة .

ش : لابد أننى شديدة الغباء لأفعل ذلك بنفسى ، يرعبنى للغاية أن أفكر أننى أفعل ذلك بنفسى .

م : مرعب بمعنى أنك تلومين نفسك ، أو مرعب بمعنى أنك حزينة لأنك تفعلين ذلك ؟

ش : كليهما ، وأنت ترى الآن كم أنا غبية .

م : حسناً ، فكرى فيما إذا كنت تستطيعين محاولة الابتعاد قليلاً عن نفسك للحظات ؛ لتكونى أكثر موضوعية ، إذا كان كل مريض يأتى لمقابلتى لديه مخططات ، وكلهم يكررون أنماطهم مرة تلو المرة مثلما تفعلين ، هل تعتقدين أننى أعتبرهم بهذا الغباء ؛ لأنهم يعانون من هذه المشكلات ؟

ش : لا ، أنا متأكدة أنك لا تفعل ذلك ، لكنى أشعر فقط أننى مقتنعة تماماً أنك تعتقد أننى كذلك .

م : حسناً ، إذاً سيدهشنى إذا لم تستخدمى مخطط العجز هذا ضد نفسك ، ليعطيك برهاناً على أن ثمة خطأ فيك مرة أخرى . هل هذا ما تفعلينه الآن ؟

ش : نعم ، نعم .

م : إذاً فهذا مثال آخر على أنك تأخذين هنا فى العلاج ، وفى المواقف الأخرى تعبيرات حقيقية عن الاهتمام والتعاطف مع ما تمرين به ، وتفسرينها على إنها إقلال من شأنك أو أنك بشكل ما غير ملائمة . وربما عليك الاستمرار فى محاولة ملاحظة المواقف هنا فى العلاج وخارجه التى تشعرين فيها أنك غبية ، أو أن شخصا ما يفكر أنك غبية واستمرى فى التساؤل حول ذلك مع نفسك والقول ، انتظرى ربما كان هذا مخططى يعمل ، ربما لايكون هذا ما يعنية آرثر ، أو ما لا يقصده جيم حقيقة .

وكما يشير هذا التغير ، يمكن أن تكون العلاقة العلاجية ذاتها بمثابة أداة لتحديد المخططات . وبمنح انتباه شديد للحالات المزاجية لميشيل ، ولاستجاباتها ، وسلوكها فى المواقف الحية ، عرض عليها المعالج دلائل إضافية ومقنعة للغاية ، على كيف أن الاستمرار فى إساءة تفسير بعض خبراتها إنما ينتج عن مخططاتها .

أتجه المعالج بعد ذلك نحو مخططات معينة لتغييرها فى إطار العلاقة العلاجية . وقد تضمن ذلك بالنسبة لحالة ميشيل عدم الخضوع فى حد ذاته ، ولا حتى لتوجيهات معالجها . بمعنى آخر إن الاتفاق مع صياغات المعالج ، والتكليفات بواجبات منزلية والاقتراحات ، التى تقبلها بينما تعارضها فى الحقيقة قد يؤدى إلى إطالة استمرارية مخططاتها ، بل قد يعيق أيضاً تقدمها فى العلاج . ولمنع ذلك طلب منها المعالج إعطاءه عائداً روتينياً ، باعتبار ذلك وسيلة للتأكد من أنها ليست مسايرة له لمجرد تجنب استثارةمخططاتها .

جزء جوهرى فى علاج ميشيل هو التركيز على أنها أصبحت متزايدة الوعى باحتياجاتها الخاصة والتعبير عنها ، أولاً لمعالجها ثم لزوجها بعد ذلك .

كانت الخطوة التالية والأخيرة التى يتعين عرضها هى تغيير السلوك المستثار بالمخططات . ويستلزم ذلك جعل المرضى يعدلون أنماط سلوكهم الممتدة على مدى زمنى بعيد ، والذى يستخدم لتدعيم المخططات خلال افضل مراحل العمر . والعمل ضد ما تمليه هذه المعتقدات هو بلاشك أكثر الأجزاء صعوبة ومشقة فى العملية العلاجية . ولتحقيق تقدم ، فإن المعالج يحتاج لدفع المرضى ليسلكوا على النقيض من أنماطهم السلوكية غير السوية ، التى مارسوها على مدى أعوام . ويعنى هذا بالنسبة لميشيل تعبيرها عن احتياجاتها لزوجها ، وألا تشعر بالعجز عن القيام بذلك ، أو الشعور بأنها ستتعرض للهجر نتيجة لذلك . وبوضع مخطط الخضوع لديها فى الاعتبار ، طلب منها المعالج أن تضع لنفسها أجندة :

م : هل هناك شىء ترغبين القيام به مع جيم ، ولكنك تتجنبينه أو أنك خائفة من الاستمرار فيه ؟

ش : أنا واثقة أن هناك الكثير من الأشياء ، ولكن ما أرغب فيه حقيقة هو أن نمارس الجنس معاً بتكرار أكبر . ولكننى مذعورة من طلب ذلك منه ، أنا أخشى الاقتراب منه .

م : هل يمكنك التفكير فى طريقة يمكنك بها التعبير عن ذلك له ، وبالتالى يكون هناك احتمال أكبر أن تحصلى منه على استجابة إيجابية أو محايدة على الأقل ، وبالتالى لا تقعى فى المخططات التى كنت تعيشين فيها من قبل ؟

ش : نعم أستطيع أن أقترب منه وأقبله ، ولا أطلب منه ؛ لذا على أن أحاول تقبيله والتأثير عليه والقيام بإغرائه ، كما تعرف .

م : حسناً ، إذاً ما شعورك حول أن يكون ذلك واجبك المنزلى ، التأثير عليه، أن تكونى المبادرة فى ممارسة الجنس ؟

ش : رائع ، أظن أن هذا أحسن واجب منزلى كلفتنى به .

بعد متابعة واجب المريضة المنزلى وذكرت أنها نجحت فيه ، شجعت بعد ذلك من خلال بعض بطاقات الاسترجاع وأساليب أخرى على الحديث مباشرة مع زوجها ، لا عن أحتياجاتها الجنسية فقط ، ولكن أيضاً عن رغبتها فى إنجاب طفل وتكوين أسرة . وبسرعة حققت تحسناً مرضيّاً وشعرت بقدر كاف من الثقة لكى تتوقف عن العلاج . وقد انهت ميشيل حاليا علاجها منذ أكثر من ثلاث سنوات . وعرفنا من خلال مريضة حولتها لنا أنها أنجبت طفلاً ، وأن حياتها الزوجية تبدو أكثر سعادة ، وأنها لم تتعرض لأية انتكاسات اكتئابية .

خلاصة :

هناك العديد من الأدلة على أن العلاج المعرفى علاج فعال ، يستغرق وقتاً قصيراً بالنسبة للمرضى الخارجيين الراشدين ممن يعانون من الاكتئاب ثنائى القطب ، والعلاج المعرفى يعلم المرضى كيف يظهرون أفكارهم الآلية ومخططات سوء توافقهم المبكر . وعندئذ توضع هذه المعارف «موضع الاختبار» من خلال فحص الدلائل ، وتصميم مواقف تجريبية حية ، وموازنة المزايا مقابل العيوب ، والقيام بمهام متدرجة ، وإستخدام استراتيجيات تدخل أخرى . ومن خلال هذه الإجراءات ، يبدأ المرضى فى النظر إلى أنفسهم وإلى مشكلاتهم بواقعية أكبر ، ويشعرون بالتحسن ، ويغيرون أنماط سلوكهم غير التوافقية ، ويقومون بخطوات لحل صعوبات الحياة الفعلية . وتأتى هذه التغيرات بوصفها نتائج مباشرة لتكليفات بواجبات منزلية جيدة التخطيط ومعاونة للذات .

ويواصل المعالج المعرفى على امتداد العلاج تحالفه المشترك مع المريض ، ويكونان نشطين فى تشكيلهما للجلسة العلاجية على امتدادها ، لمساعدة المريض

على الوصول إلى استخلاصاته الخاصة . ويعمل المعالج بوصفه مرشداً ، يساعد المريض على الحركة خلال الدهاليز المعرفية غير السوية ، بما فى ذلك مخططات عدم التوافق المبكر ، والتى تحتاج لإعادة التقييم .

ملحـوظات

١) اعتمد التشخيص فى هذا الفصل أساساً على النظام النهائى ، الذى أوصت به مجموعة العمل ولجنة المهام للدليل التشخيصى والاحصائى الرابع للاضطرابات العـقليـة DSM-IV (American Psychiatric Association [APA]) . وعلى الرغم من ذلك ، فإن التشخيص الخاص بالمرضى فى الحالات المعروضة ، اعتمد على الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث المعدل (APA, 1987) ، وهو النظام الذى كان سائداً عند إجراء التشخيص .

٢) فى الوقت الذى كانت تعالج فيه إيرين ، لم تكن مرحلة العلاج بالتركيز على المخططات قد تطورت تماماً . وقد انتهت فترة علاجها بمجرد شفاء الأعراض ، كما يحدث بالنسبة لكثير من المرضى . ولهذا استخدمنا حالة مختلفة، هى حالة ميشيل لعرض المرحلة الثانية .

(1) Nonbipolar

REFERENCES

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnontic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3 / 1 / 93.* Washington, DC: Author.

Barber, J. P., & DeRubeis, R. J. (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 13* (5), 441 - 457.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1988). *Love is never enough.* New York: Harper & Row.

Beck, A. T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders.* New York: Cuilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., &Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of of depression.* New York: Cuilford Press.

Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.) (pp. 139 - 190). New York: Wiley.

Beutler, L. E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishley, A., Hamblin, D., Meredith, K., Potter, R., Bamford, C. R., & Levenson, A. I. (1987). Group cognitive therapy and Alprazolam in the treatment of depression in older adults. *Journal Consulting and Clinical Psychology, 55* (4), 550 - 556 .

Blackburn, I., & Bishop, S. (1979, July). *A comarison of cognitive therapy, pharmacotherapy, and their combination in depressed outpatients.* Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Oxford, England.

Blackburn, I., & Bishop, S. (1980, July). *Pharmacotherapy and cognitive therapy in the teratment of depression: Competitors or allies?* Paper presented at First World Congress on Behavior Therapy, Jerusalem, Israel.

Bricker, D., Young, J. E., & Flanagan, C. (1993). Schemafocused cognitive therapy : A comprehensive framework for characterological problems. In K. T. Kuehlwein & H. Rosen (Eds.), *cognitive therapies in action: Evolving innovative practice* (pp. 88 - 125). San Francisco: Jossey-Bass.

DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 14* (5), 469 - 482 .

DeRubeis, R, J., Hollon, S. D.,

Grove, W. M., Evans, M. D., Garvey, M. J., & Tuason, V. B. (1990). How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58* (6), 862 - 869 .

Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57* (3), 414 - 419 .

Gallagher- Thompson, D., Hanley-Pererson, P., & Thompson, L. W. (1990). Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58* (3), 371 - 374 .

Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1978). Psychotherapy and drug therapy: Comparison and combinations. In S. L. Garfield &A. E. Bergin (Eds.), *Haandbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.) (pp. 437 - 490). New York: Wiley.

Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59* (1), 88 - 99 .

Ingram, R. E., & Holle, C. (1992). Cognitive science of depression. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 187 - 209). San Diego: Academic Press .

Jarrett, R. B., & Nelson, R. O. (1987). Mechanisms of change in cognitive therapy of depression. *Behavior Therapy, 18,* 227-241 .

Lazarus, A. A., &Lazarus, C. N. (1991). *Multimodal Life History Inventory* (2nd ed.). Champaign, IL: Research Press.

McDermott, S. P., & Wright, F. D. (1992). Cognitive therapy: Long-term outlook for a short-term psychotherapy. In J. S. Rutan (Ed.), *Psychotherapy for the 1990s* (pp. 61-99). New York: Guilford Press.

McLean, P. D., & Hakstian, A. R. (1979). Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47* , 818 - 836 .

O'Leary, K. D., & Beach, S. R. H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *American Journal of psychiaty, 147* (2), 183 - 186 .

Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research, 12* (6), 557 - 575.

Rehm, L. P. (1990). Cognitive and behavioral theories. In Wolman, B. B., & Stricker, G. (Eds.), *Depressive disorders: Facts, theories. and tratment*

methods (pp. 64 - 91). New York: Wiley.

Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., &Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research, 1,* 17 - 37.

Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Collins, J. F., Elkin, I., Sotsky, S. M., & Docherty, J. P. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of psychiaty, 147* (6), 711 - 718 .

Stein, D. J., & Young, J. E. (1992). Schema approach to personality disoders. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 271 - 288). San Diego: Academic Press.

Sullivan, M. J. L., & Conway, M. (1991). Dysphoria and valence of attributions for others' behavior. *Cognitive Therapy and Research, 15*(4), 273 - 282.

Truax, C. B., & Mitchell, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 299 - 344). New York: Wiley

Weissman, A., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale.* Paper presented at the annual meeting of the American Association of Behavior Therapists, Chicago. (Available from Center for Cognitive Therapy, Room 602, 133 South 36th St., Philadesphia, PA 19104).

Whisman, M. A., Miller, I. W., Norman, W. H., & Keitner, G. I. (1991). Cognitive therapy with depressed inpatients: Specific effects on dysfunctional cognitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59* (2), 282 - 288.

Wierzbicki, M., & Bartlett, T. S. (1987). The efficacy of group and individual cognitive therapy for mild depression. *Cognitive Therapy and Research, 11* (3), 337 - 342 .

Young, J. E. (1992). Loneliness: *A sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp. 388 - 389). New York: Wiley.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality dosorders: A schema-focused approach.* Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Young, J. E., & Klosko, J. S. (1993). *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns.* New York: Dutton.

الفصل السابع

اضطرابات الأكل

الفصل السابع

اضطــــرابات الأكـــــل

تيرينس ويلسون
G . Terence Wilson
جامعة رونجرز

كاتلين م . بايك
Kathleen M. Pike
جامعة كولومبيا

ترجمــة

دكتورة حصه عبدالرحمن الناصر

قسم علم النفس جامعــة الكويت

يعرف الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للأمراض النفسية والعقلية (DSM IV; APA) بشكل أكثر وضوحاً فقدان الشهية العصبى[١] والشره العصبى[٢] ويفصل فيه ، ويصف للمرة الأولى اضطراباً جديداً للأكل تحت اصطلاح اضطراب حفلات اغتراف الطعام[٣] . وقام بتأليف هذا الفصل مؤلفان ضالعان فى ابتكار فئات تصنيف اضطرابات الأكل المذكورة بالدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للأمراض النفسية والعقلية ، من بين من أسسوا أكثر أساليب العلاج نجاحاً التى تم وصفها لهذه الاضطرابات ، وهما يصفان طريقتهما فى العلاج المتميز للشره العصبى . وعلى الرغم من التركيز على الشره العصبى ، وهو الاضطراب المعروف بقدر أكبر ، فقد أشار المؤلفان إلى أن البرنامج العلاجى له عديد من التطبيقات على فقدان الشهية العصبى ، واضطراب حفلات اغتراف الطعام ، وهو الأمر الذى يعد انطلاقه مفاجأة بالنسبة لبعض القراء . وقد ذكر المؤلفان أن المشكلة الرئيسية التى تتطلب التدخل ليست بالضرورة هى اضطراب حفلات اغتراف الطعام أو التخلص منه ، ولكنها الاتجاهات والمعتقدات الثقافية غير الطبيعية بخصوص الشكل والوزن . ويتضمن هذا الفصل أكثر الأمثلة المفصلة للعلاج المعرفى

(1) Anorexia nervosa
(2) Bulimia nervosa
(3) Binge eating disorder

المطبق على اضطرابات الأكل ، والتى لم يتم التعامل معها بعد . ويفترض أن يكون مفيداً للغاية للاختصاصيين الإكلينيكيين الذين يتعاملون مع هذه المشاكل .

د . هـ . ب

مقدمة

التصـــنيف والتشـــخيص

يعد فقدان الشهية العصبى والشره العصبى أكثر اضطرابين للأكل مقررين جيداً . وهناك ثلاث خصائص تحدد فقدان الشهية العصبى ، الأولى : هى وجود انخفاض غير طبيعى فى الوزن بنسبة ١٥ ٪ عن المتوقع . الثانية : تخص النساء اللاتى يظهر لديهن هذا النوع من الاضطراب بشكل كبير ، وتتمثل فى غياب ثلاث دورات شهرية متتالية . والثالثة : هى حدوث اضطراب فى الخبرة الخاصة بوزن أو شكل الجسم ، مثل : نكران خطورة انخفاض الوزن بصورة غير سوية ، أو التأثير غير المبرر لوزن وشكل الجسم على التقييم الذاتى (Da Costa & Halmi, 1992) . وهناك نمطان من فقدان الشهية العصبى يميز بينهما الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للأمراض النفسية والعقلية ، هما :

(١) الممتنعين[1] ، أو الأفراد الذين إما ينخرطون فى حفلات الأكل أو يتقيئون .

(٢) وأولئك الذين ينخطرون سواء فى الإفراط فى الأكل والشرب أو التقيؤ (APA, 1993) .

ويبلغ معدل الانتشار عند النساء ٠,٥ ٪ إلى ١ ٪ تقريباً .

ويتسم الشره العصبى بثلاث خصائص إكلينيكية رئيسية ، هى :

(١) الإفراط فى الأكل والشرب (أى ، الأكل بشكل كبير ودون تحكم) .

(٢) الرجوع المنتظم لطرق مصممة للتأثير على الوزن والشكل ، مثل القيء (التقيؤ عن عمد أو سوء استعمال الملينات) ، أو الصوم عن الأكل أو الممارسة المتطرفة للرياضة .

(٣) التقييم الذاتى ، والذى يتأثر بشكل غير مبرر بشكل ، ووزن الجسم .

وتختلف المعايير التشخيصية للشره العصبى فى الدليل التشخيصى

---

(1)Restrictors

والاحصائى الرابع للأمراض النفسية والعقلية بعض الشيء ، عن تلك المذكورة فى الطبعة الثالثة المنقحة من الدليل (APA, 1993) وهى مدرجة فى جدول (١-٧) . وعلى النقيض مما ذكر فى الطبعة الثالثة ، فإن تشخيص الشره العصبى استبعد المرضى ، الذين تنطبق عليهم حالياً أعراض فقدان الشهية العصبى ، والذين يستوفون الآن معايير الشره العصبى ومعظم مرضى فقدان الشهية العصبى يقعون فى إطار الحدود السوية للوزن . والسبب المهم لاعطاء الأولوية فى التشخيص لفقدان الشهية العصبى على الشره العصبى ، يرجع إلى أهمية الأول مقارنة بالثانى . وهناك حاجة ملحة لاكتساب مزيد من الوزن عند هؤلاء المرضى ؛ لأن الانخفاض الخطير فى وزنهم ، يمكن أن يكون مصدراً مهدداً لحياتهم . إضافة إلى ذلك ، أظهرت التجارب الطبية أن المرضى الذين يشكون من فقدان الشهية العصبى ، يسببون كثيراً من المشاكل للإدارة الطبية ؛ لأنهم يقاومون بقوة المحاولات التى تبذل لتغيير الوزن وسلوك الأكل لديهم . وعادة تكون قابليتهم للعلاج ضعيفةً للغاية مقارنة بمرضى الشره العصبى . ويبلغ معدل انتشار الشره العصبى بين النساء الشابات ١ ٪ إلى ٣ ٪ تقريباً ، ولكنه نادراً ما يظهر عند الرجال (Fairburn & Beglin, 1990; Hsu, 1990) . وغالباً ما يظهر هذا النوع من اضطراب الأكل مع أشكال أخرى من الأمراض العقلية (مثل : الاكتئاب الرئيسى ، واضطرابات القلق ، وسوء استخدام الأدوية) عند المرضى أنفسهم وعند أفراد عائلاتهم (Kassat et al., 1989; Laessal et al., 1989; Schwalberg, Barlow, Alger, & Howard, 1992; Wilson 1993) .

ويتضمن الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للأمراض النفسية والعقلية فئة ثالثة من اضطرابات الأكل ، وهى «اضطرابات الأكل غير المحددة» . ويتضمن هذا الصنف غير المحدد الأفراد الذين يشكون من اضطرابات فى الأكل ، تتميز بالشدة الإكلينيكية ولكن لا تنطبق عليهم معايير التشخيص الخاصة بكل من فقدان الشهية العصبى أو الشره العصبى . فعلى سبيل المثال ، هناك أفراد يشكون من جميع خصائص الشره العصبى ولكن تكرار حفلات اغتراف الطعام قليل جداً لدرجة أن لا تنطبق عليهم المعايير التشخيصية . وعلى الرغم من أنه نادراً ما يكون هؤلاء المرضى محط تركيز البحث العلمى ، إلا أن هذه الفئة من المرضى معرفون للمعالجين الإكلينيكيين ، الذين يعالجون جميع حالات اضطرابات الأكل . ومثال على فئة «اضطرابات الأكل غير المحددة» والتى اجتذبت كثيراً من الاهتمام

(1) Eating disorders not otherwise specified (EDNOS)

حالياً معّرف بالدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للأمراض النفسية والعقلية ، على أنه «اضطراب حفلات اغتراف الطعام» . ودائماً ما يفرط المرضى بهذا النوع من التشخيص فى الأكل والشرب ، ولكنهم لا يظهرون السلوك التعويضى الحاد مثل التقيؤ . والذى يؤثر على وزن / أو شكل الجسم ، ولا يظهر لديهم الخلل فى الاتجاهات المطلوبة لتشخيص الشره العصبى (Spitzer et al., 1992) .

ويركز الفصل الحالى على العلاج المعرفى السلوكى[1] لمرضى الشره العصبى، وهو أكثر الاضطرابات التى تم إجراء البحوث فيها . ولكن استراتيجيات العلاج الموصوفة هنا لها علاقة أيضاً بالاضطرابات الأخرى . ويمكن علاج مرضى فقدان الشهية العصبى خاصة هؤلاء الذين يتقيئون أو ينخرطون فى حفلات اغتراف الطعام ، باستخدام العلاج المعرفى السلوكى ، على الرغم من قلة التراث الطبى حول هذه التطبيقات (Garner & Bemis, 1985 Garner, 1993) . كما يخضع المرضى البدينون الذين يشكون من حفلات اغتراف الطعام للعلاج بأسلوب منقح من العلاج المعرفى السلوكى (Marcos, 1993; Telch, Agras, Rossiter, Wilfley & Kenardy, 1990; Wilfley et al., 1993) أنظر Brownell, O'Neil الفصل الثامن من الكتاب) .

جدول (١-٧)

معايير التشخيص المقترحة والمذكورة للشره العصبى بالدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للأمراض النفسية والعقلية .

الشره العصبي

أ - نوبات تظهر بين الحين والآخر من الإفراط فى الأكل والشرب (حفلات اغتراف الطعام) ، وتتصف بكل من التالى :

١ - الأكل فى فترات غير مترابطة من الوقت (مثال ، خلال أى ساعتين من الوقت) ، وتناول كمية من الأكل ، من المؤكد أنها أكبر من أى كمية يتناولها معظم الأشخاص إذا استغرقوا الوقت نفسه وفى ظل الظروف نفسها .

٢ - الشعور بفقدان السيطرة على التحكم بالأكل خلال نوبة الأكل (مثال ، الشعور بأن الفرد لا يستطيع التوقف عن الأكل ولا يستطيع

(1) Cognetive-behavior

أن يتحكم بما يأكله أو كمية ما يأكله) .

ب - ظهور سلوك تعويضي غير مناسب بغرض منع زيادة الوزن ، مثل : التقيؤ المتعمد ، سوء استعمال الملينات ، واستعمال الأدوية المدرة للبول وغيرها من الأدوية ، والصوم ، أو الإكثار من مزاولة التمارين الرياضية .

جـ - تظهر كلاً من حفلات اغتراف الطعام والسلوك التعويضي غير المناسب بمتوسط ، يبلغ مرتين في الأسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر .

د - التقييم الذاتي يتأثر بشكل غير مبرر بشكل ووزن الجسم .

هـ - لا يظهر الاضطراب بشكل خاص خلال نوبات فقدان الشهية العصبي.

تحديد النمط :

نمط القيء : يزاول الفرد وبشكل منتظم التقيؤ المتعمد ، أو سوء استعمال الملينات أو الأدوية المدرة للبول .

نمط دون قيء : يزاول الشخص أنواعاً أخرى من السلوكيات التعويضية مثل الصيام أو الإكثار من ممارسة التمارين الرياضية ، ولكنه لا يزاول التقيؤ المتعمد أو يسئ استعمال الملينات أو الأدوية المدرة للبول .

(المصدر : APA, 1993)

مراجعة أساليب العلاج

تم استعمال عديد من أساليب العلاج النفسي لعلاج مرضى حفلات اغتراف الطعام والشره العصبي بما فيها العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي والعلاج النفسي الدينامي[1] والعلاج الأسري[2] والعلاج التجريبي[3] ، ومبدأ الـ ١٢ خطوة المبني على نموذج الإدمان للاضطراب (Fairburn & Wilson, 1993; Garner & Garfinkle, 1985) بالإضافة إلى ذلك ، تم استعمال عديد من الأساليب الدوائية للعلاج بما فيها مضادات الاكتئاب ومضادات التشنجات والأدوية المهدئة (Mitchel & de Zwaan, 1993)

---

(1) Psychodynamic therapy.

(2) Family therapy.

(3) Experienrial therapy.

العـــلاج الدوائـــى

يعد العلاج بأدوية مضادات الاكتئاب من ناحية والعلاج المعرفى السلوكى من ناحية أخرى من أكثر أنواع العلاج التى تم دراستها وتوثيقها فى التراث . فقد أظهر عديد من الدراسات أن الأصناف المختلفة من أدوية مضادات الاكتئاب بما فيها ثلاثية المراحل[1] (مثال : إيميبرامين وديسيبرامين) ، ومثبطات الأمين الأحادى المؤكسد (مثال : فينيلزين) وموانع الامتصاص للسيروتونين (مثال : فلوكسيتين) ، تعتبر أكثر فاعلية من حبة الدواء الوهمى (البلاسيبو) فى التقليل من حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ عند انتهاء العلاج . على سبيل المثال ، أشار كل من كريفهيد وأجراس (1991) "Craighead & Agras" إلى انخفاض فى معدل التقيؤ بنسبة ٨٢ ٪ (يتراوح المعدل من ٦٤ ٪ إلى ٩٠ ٪) ، مع وجود معدل للأنتكاس بنسبة ٤٥ ٪ عند مراجعتهم لثمانى دراسات سابقة . ومع ذلك يجب توخى الحذر فى تفسير الدرجات ، التى تم الحصول عليها من خلال المعالجة الإحصائية ؛ لأن الدراسات المشار إليها اختلفت بشكل كبير فى جودة المنهج المتبع فى كل منها ، وأيضاً لم تتضمن هذه المراجعة النتائج المستخرجة من أكبر الدراسات التى أجريت ، واستخدم فيها دواء مضاد للاكتئاب ثلاثى المراحل (ديسيبرامين) ، (Walsh, Hadigan, Devlin, Gladis & Roose, 1991) . فى هذه الدراسة المضبوطة التى اتبعت منهج العلاج الوهمى (ن = ٨٠) ، بلغ معدل الانخفاض فى حفلات اغتراف الطعام ٤٧ ٪ ، فى حين بلغت نسبة الأنتكاس ١٢,٥ ٪ فقط . وكانت النتائج مع الفلوكسيتين متشابهة ، بمعدل منخفض للتكرار فى حفلات اغتراف الطعام ؛ ليصل إلى ٦٥ ٪ فى حين بلغت نسبة الأنتكاس ٢٧ ٪ (Walsh, 1991) .

وعلى الرغم مما سبق ، فقد تجاهلت الدراسات وبشكل كبير الآثار الناجمة عن مواصلة العلاج بالأدوية ، والبيانات المتوفرة غير مشجعة ؛ حيث إن معظم المرضى تظهر لديهم الأعراض مرة اخرى ، وبشكل سريع عند التوقف عن تعاطى مضادات الاكتئاب ، وحتى الذين يستمرون فى تعاطى الأدوية خلال مراحل ما بعد العلاج إما ينتكسون أو يتوقفون عن تعاطى الأدوية (Pyle et al., 1990; Wlash et al., 1991) . ومن الواضح أن غياب الدليل حول الآثار بعيدة

(1) Tricylics

المدى ، مع الوضع بعين الاعتبار المعدل العالى من المنسحبين (Craighead & Agras, 1991) والتردد العام من قبل المرضى فى تقبل الأدوية كأسلوب وحيد للعلاج (Leitenberg et al., 1992) ، من شأنه أن يقلل من تأثير وأهمية العلاج النفسى لهذا النوع من الاضطراب .

العلاج المعرفي السلوكي

تظهر أفضل الدراسات المضبوطة للعلاج المعرفى نسبة معتدلة من انخفاض معدلات حفلات اغتراف الطعام ، تتراوح من ٩٣٪ إلى ٧٣٪ ، والأرقام المقابلة لها للتقيؤ تتراوح من ٩٤٪ إلى ٧٧٪ . وتتراوح معدلات الأنتكاس لحفلات اغتراف الطعام بين ٥١٪ إلى ٧١٪ ، وللتقيؤ من ٣٦٪ إلى ٥٦٪ (Agras, Schneider, Arnow, Raeburn, & Telch, 1989; Agras et al., 1992; Fairburn et al., 1991; Garner et al., 1991; Mitchell, Pyle, Eckert, Hatsukami, Pomeroy, &Zimmerman, 1990) . وفضلاً عن معدلات الانخفاض الدالة طبياً الخاصة بحفلات اغتراف الطعام والتقيؤ ، فقد أظهرت الدراسات – وبشكل متكرر – انخفاض فى قيود الحمية الغذائية[1] ، بدأ بالانخفاض (Fairburn et al., 1991;Garner et al., 993; Wilson, Eldredge, Smith & Niles, 1991, Rossiter, Agras, Losch & Telch) مع وجود زيادة فى كميات الأكل المستهلك بين نوبات الشره (Rossiter, Agras, Losch & Telch, 1988) . كما تحسنت أيضاً الاتجاهات المتعلقة بالوزن والشكل ، والتى تعتبر من الخصائص الرئيسية لهذا الاضطراب النفسى من وجهة النظر المعرفية (Fairburn et al., 991; Garner et al., 1993; Wilson et al., 1990)

وبوجه عام ، فقد أظهرت الدراسات الخاصة بالعلاج المعرف السلوكى درجة مقبولة من استمرارية التغيير فى سلوك المرضى ، أثناء متابعتهم ، لفترات تتراوح من ٦ شهور إلى سنة .وتعتبر أكثر النتائج إثارة تلك المستخلصة من تقييم المتابعات ، التى أجريت بواسطة «فيربورن» وزملائه فى أكسفورد (Fairburn, Jones, Peveler, Hope & O'Connor, 1993) ؛ فقد وصل معدل الانخفاض فى حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ إلي أكثرمن ٩٥٪ خلال سنة واحدة ، وتوقف

(1) Dietary restraint

٣٦٪ من المرضى عن الانخراط فى حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ .

هناك أيضا دلائل حاسمة تشير إلى وجود تأثير كبير للعلاج السلوكى المعرفى على الأمراض النفسية المرتبطة ؛ حيث كشفت معظم الدراسات عن تحسن كبير فى الاكتئاب وتقدير الذات والوظائف الاجتماعية ومقاييس اضطرابات الشخصية (e.g. Fairburn, Kirk, O'Connor, & Cooper, 1986; Fairburn, Peveler, Jones, Hope, & Doll, in Press; Garner et al., 1993).

وقد أظهرت دراسات الشره العصبى أن العلاج المعرفى السلوكى متفوق وباستمرار فى المجموعات التجريبية مقارنة بالمجموعات الضابطة (Fairburn, Agras, & Wilson, 1992) ، فقد ثبت أنه أكثر فاعلية من العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب والتدخلات النفسية البديلة (Fairburn et al., 1992; Wilson, 1993a) . ويتضمن الأخير العلاج النفسى التدعيمى[1] (Kirkley, Schneider, Agras, & Bachman, 1985) ، وعلاجاً نفسياً تدعيمياً ومعبراً[2] (Garner et al., 1993) . وعلى الرغم من أنه متفوق على العلاج النفسى التفاعلى[3] على المدى القصير (Fairburn et al., 1991) ، إلا أن العلاج المعرفى السلوكى والتفاعلى النفسى الشخصى على القدر نفسه من الكفاءة على المدى البعيد (Fairburn & Jones et al., 1993) . ويبدو أن استعمال كل من العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب مع العلاج السلوكى المعرفى أكثر فعالية من استخدام العلاج السلوكى المعرفى وحده على معظم المقاييس (Agras et al., 1992; Leitenberg et al., 1992; Mitchell etal., 1990)

ولازال الغموض يكتنف الطريقة التى يعمل بها العلاج المعرفى السلوكى ، فهو منحى من العلاج المتعدد الأوجه يضم كلاً من الإجراءات المعرفية والسلوكية والمصممة حسب الاحتياجات الفردية للمريض . وبالتالى فإنه من الممكن أن يساعد مختلف المرضى من خلال ميكانزمات مختلفة ، وسيتم مناقشة هذه الميكانزمات المحتملة للفعل فى موقع آخر (Wilson & Fairburn, 1993). ويبدو

(1) Supportive psychotherapy

(2) Supportive-expressive psychotherapy

(3) Interpersonal psychotherapy

أن للعلاج المعرفى السلوكى تأثيرات علاجية محددة ،أكثر من كونه يعمل على ما يطلق عليه التأثيرات غير المحددة الدارجة فى العلاجات النفسية المعتمدة . ويعزى ذلك إلى أن : (١) العلاج المعرفى السلوكى أظهر أنه أكثر فاعلية من أنواع العلاجات البديلة الأخرى ، والتى قد يكون لها تأثيرات مشابهة غير محددة. (٢)يظهر تأثير العلاج المعرفى السلوكى على مدى زمنى مختلف عن المدى الزمنى للعلاجات البديلة. على سبيل المثال ، ففى الدراسة المقارنة التى أجراها «فيربورن» وزملاؤه (Fairburn et al., 1991) أظهر العلاج السلوكى المعرفى تغيرات كبيرة مقارنة بالعلاج النفسى التفاعلى ، خلال فترة ما بعد العلاج على معظم المقاييس ، على الرغم من أن العلاج النفسى التفاعلى بطبيعة الحال تسبب فى إحداث تأثيرات مماثلة على مدى سنة من المتابعة . ويتسق هذا النمط المميز للنتائج مع ما أشار إليه العلماء من وجود تمييز بين السببية النوعية(١) ، والعواقب غير المحددة بواسطتها (Hollon, DeRubies, & Evans, 1987) ؛ بمعنى آخر ، مختلف أنواع العلاج تحكمها ميكانزمات مستقلة حتى لو أسفرت عن النتائج النهائية نفسها .

نموذج معرفي سلوكي

إن دراسة أسباب نشوء الشره العصبى واضطرابات الأكل الأخرى مازال مبهماً . ولكن هناك اتفاقاً على بعض الأسباب المهمة المسؤولة عن تطور واستمرار الشره العصبى . ولعل أكثر الخصائص المثيرة لكل من الشره العصبى وفقدان الشهية العصبى ظهوره وبشكل خاص عند النساء ، إضافة إلى ذلك فإن الشره العصبى كان غير معروف بشكل كبير قبل فترة السبعينات ؛ مما يشير إلى الدور القوى الذى لعبه السياق الثقافى الحالى فى نشأته .

السياق النفسي الاجتماعي

تعرف البيئة الثقافية الحالية الشكل المثالى لجسم الأنثى على أنه نحيف ومرن . وتمر النساء بالكثير من حالات الضغط النفسى ، للوصول إلى هذا المستوى الجسمى المثالى (Striegel-Moore, Silberstein, Rodin, 1986) . ونتيجة لذلك تمارس معظم النساء فى الولايات المتحدة الأمريكية نظام حمية للتأثير على وزن وشكل أجسامهن . وليس من المصادفة أن الشره العصبى يعتبر من الأشياء الشائعة ضمن هذه الفئة من المجتمع ؛ خاصة لدى النساء البيض من

(1) Causal specificity

الطبقات الاجتماعية الاقتصادية الوسطى والوسطى العليا ، واللاتى يمارسن الحمية لمسايرة التوقعات الثقافية . وهناك ارتباط عام بين الضغط الثقافى لتكون النساء نحيفات ، وظهور اضطرابات الأكل لديهن فى مختلف الجماعات العرقية (Hsu, 1990) .

نظــام الحــمية

تشير الخبرات الإكلينيكية والبيانات الوبائية - وبقوة - إلى أن الحمية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً ببدء الشره العصبى (Hsu, 1990; Polivy & Herman, 1993) ، فالغالبية العظمى من مرضى الشره العصبى يقرون بحدوث حفلات اغتراف الطعام بعد اتباع نظام قاس من الحمية . وهناك دراسة مقنعة أكثر ، أجريت على طالبات المرحلة الثانوية فى لندن يبلغ عددهن ١٠١٠ طالبات ، حيث أظهرت النتائج أن الطالبات اللاتى يزاولن نظام الحمية أكثر عرضة لظهور اضطرابات الأكل لديهن مقارنة باللاتى لا يزاولن نظام الحمية ، وذلك بعد مرور سنة على إجــراء الدراســة (Patton, Sabine-Jhonson, Wood, Man, & Wakeling, 1990) وعلى الرغم من أنه لم يتم تحديد العلاقة بين نظام الحمية وظهور الشره العصبى ، إلا أنه يمكن أن يكون لنظام الحمية عديد من المترتبات البيولوجية والمعرفية والوجدانية ، والتى ينتج عنها حفلات اغتراف للطعام (لمزيد من المعلومــات أنظر Booth, Lewis, Blair, 1990; polivy & Herman, 1993; Wilson, 1993b). ويتبع ظهور حفلات اغتراف الطعام مباشرة نزعة شديدة من سلوكيات التحكم بالوزن مثل التقيؤ ؛ لتعويض ما يدركه الفرد على أنه إفراط فى الأكل .

وقد تم تصميم العلاج المعرفى السلوكى لتعديل هذه الاتجاهات المتطرفة عن وزن وشكل الجسم ونظام الحمية غير الصحى . ويصف «فيربورن» Fairburn (1985) ما يطلق عليه النموذج المعرفى من الشره العصبى كالتالى :

> **نظام قاس من الحمية ، والتقيؤ ، وإفراط فى استعمال الملينات ، واستحواذ الذهن بالأكل والطعام ، وحساسية للتغيير فى الوزن والشكل ، والوزن المتكرر أو تجنب تام للوزن تفهم جميعها ، حالما يتم معرفة أن هؤلاء المرضى يعتقدون أن وزنهم وشكلهم لهما أهمية قصوى ، وأن كليهما يجب التحكم به بشدة . وحتى حفلات**

اغتراف الطعام يمكن فهمها بالمنطق المعرفى باعتبارها تمثل استجابة ثانوية للانصياع لنظام قاس من الحمية . وبالتالى تظهر هذه المعتقدات والقيم ، بدلاً من كونها وببساطة من أعراض الشره العصبى، على أنها أساسية الأهمية لاستمرار الحالة (ص ١٦٠ - ١٩١) .

وبناءً على هذا النموذج ، فإن تعديل الاتجاهات غير السوية عن الأهمية الشخصية لوزن وشكل الجسم ، وتبديل نظام الحمية غير الفاعل بأنماط طبيعية أكثر للأكل هو ما يجب أن يكون عليه التركيز الأساسى للعلاج ، وهذا بالفعل ما سنقوم بتوضيحه فى بقية هذا الفصل .

دراسة أسباب الشره العصبي

على الرغم من الأدلة المتعددة التى تشير إلى علاقة الحمية بظهور ، واستمرار حفلات اغتراف الطعام فقد لا تكون هى بالضرورة سبباً للحالة (Blundell, 1990) أو سبباً كافياً (Wilson, 1993b) . من جهة أخرى ، قد تظهر حفلات اغتراف الطعام فى غياب الحمية ، على الرغم من أنه من النادر تقريباً أن يكون الإكلينيكيون على علم بحالات من الشره العصبى ، لمن لم يسبق نظام الحمية عندهم ظهور حفلات اغتراف الطعام (Striegel-Moore, 1993) ، وهذا النمط دارج بشكل كبير عند البدينين المفرطين فى حفلات اغتراف الطعام (Marcus, 1993; Wilson, Nonas, & Rosenblum, 1993) . ومن جهة أخرى ، فإن نظام الحمية وحده لا يسبب الشره العصبى . فبينما تمارس معظم النساء فى الولايات المتحدة الأمريكية نظام الحمية ، فإن الأقلية منهن يظهر لديهن اضطراب فى الأكل . وهناك عامل آخر أو مجموعة من العوامل يجب أن تتفاعل مع ميكانزمات الحمية لتسبب اضطراب الأكل ، حيث تتراوح الاحتمالات ما بين الاستعدادات الوراثية (kindlar et al., 1991) إلى الشخصية والأمراض النفسية الفردية (Hsu, 1990) والتأثيرات العائلية (Attie & Brooks-Gunn, 1989; Humphrey, 1987, 1988; Pike & Rodin, 1991) .

ويبدو أن إدراك دور العوامل الأخرى - خلاف نظام الحمية - لمعرفة أسباب ظهور واستمرارية الشره العصبى كان واضحاً فى برامج العلاج المعرفى السلوكى ، التى أخذت من النموذج المعرفى للعالم «فيربورن» (١٩٨٥) . وقد كان التركيز على تعديل الاتجاهات غير السوية والتحكم بالحمية متضمن فى عمل

العلاج المعرفى السلوكى ، والذى يتضمن من بين مواصفات أخرى مشروحة فيما يلى . التركيز على تطوير مهارات معرفية وسلوكية للتعامل مع المثيرات الداخلية والخارجية ، المؤدية لظهور حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ ، وتحسين مهارات التحكم بالنفس لتنظيم سلوك الأكل ، والتدريب على استراتيجيات منع الانتكاس . ويهدف هذا الخليط من التدخلات السلوكية والمعرفية المتنوعة تسليط الضوء على جوانب ، ذات صلة بالأمراض النفسية مثل عدم الاستقرار الوجدانى ، والذى يعتقد أنه يتفاعل مع الحمية فى التسبب باضطرابات الأكل .

سياق العلاج

الموقف

يتم تطبيق برنامج العلاج المعرفى السلوكى للشره العصبى على مرضى العيادة الخارجية . ويبدو أن العلاج الفردى هو العلاج الشائع والممارس إكلينيكياً ، على الرغم من أن عديداً من الدراسات طبقت العلاج المعرفى السلوكى فى الموقف الجماعى . ولم يتم تقييم الكفاءة النسبية للعلاج الفردى مقارنة بالعلاج الجماعى ، ولا توجد فى الوقت الحالى أسس إمبريقية لتفضيل منحى على الآخر . وقد تضمنت دراسات العلاج التى استخدمت العلاج المعرفى السلوكى مجموعات متجانسة تقريبا من المرضى ، الذين تنطبق عليهم محكات التشخيص الرسمية للشره العصبى . ومازال العلاج النفسى التقليدى للمجموعات غير المتجانسة ، والتى تتضمن مرضى يشكون من مختلف اضطرابات الأكل ، مستخدماً فى العيادات الإكلينيكية .وحسب خبرتنا الإكلينيكية ، فإن الفروق الملحوظة دائما بين مرضى الشره العصبى ومرضى فقدان الشهية العصبى تخلق مزيداً من المشاكل فى الإدارة الإكلينيكية والتجاوب مع العلاج ، أكثر من كونها فرصاً علاجية بين هذه المجموعات المختلطة . ومن هنا يتم العلاج المعرفى السلوكى الجماعى بشكل أكثر ملاءمة وفعالية مع المرضى ، الذين تتشابه لديهم الأعراض.

وهناك أسباب قليلة تستدعى إدخال مرضى الشره العصبى للمستشفى ، ويستثنى من ذلك إصابة المريض بالاكتئاب الشديد ، أو أن يكون هناك احتمال لقيامه بالانتحار . وثمة حالة أخرى استثنائية هي وجود مشاكل طبية مثل خلل حاد فى التحلل الكهربائى[1] . ويندر حدوث مثل هذه التعقيدات عند مرضى

(1) Electrolyte disturbance

الشره العصبى ذوى الأوزان العادية ، ويمكن التعامل معها كجزء من علاج مرضى العيادة الخارجية . ومن الطبيعى أن تتضمن برامج العلاج فى المستشفيات إجراء مسح روتينى لتعرف الحالات الكهربائية غير السوية . ولكن هناك نظرة متحفظة أكثر ، وننصح بأفضلية المسح الروتينى . والسبب الثالث لإدخال المريض للمستشفى هو فى حالة فشل العلاج المكثف ، الذى خضع له فى العيادة الخارجية. ويمكن أن يكون الوضع المنضبط للمستشفى مفيداً جداً لإحداث تعديل مباشر فى سلوك الأكل لدى المرضى .

متغيرات المرضى

معظم مرضى الشره العصبى وفقدان الشهية العصبى من النساء كما أوضحنا فى السابق ، كما أن غالبية المرضى البدناء من جراء حفلات اغتراف الطعام هم من النساء . وعلى النقيض من الشره العصبى وفقدان الشهية العصبى ، يوجد نسبة أعلى من الرجال (Spitzer et al., 1992) . ولا توجدمعلومات كافية عن العدد القليل من المرضى الرجال الذين يشكون من الشره العصبى ، ويبدو أن هناك معدل ظهور أكثر من المتوقع للشذوذ الجنسى بين الرجال الذين يشكون من الشره العصبى وربما يعزى ذلك لكثير من الارتباك فى التطورات النفسية الجنسية، مقارنة بقرنائهم من النساء (Fitcher, Hoffman, 1990) . وعلى الرغم من ذلك فإن خبراتنا الإكلينيكية متسقة مع التراث القليل عن هذا الموضوع ، والذى يشير إلى أن المرضى (الرجال والنساء) الذين يشكون من الشره العصبى ، هم أقرب إلى التشابه منهم إلى الاختلاف ، حيث تظهر لديهم الاضطرابات النفسية المصاحبة نفسها لاضطراب الأكل ، ولديهم القدر نفسه من التجاوب مع العلاج (Anderson, 1990) .

ويلجأ معظم مرضى الشره العصبى للعلاج فى مرحلة المراهقة المتأخرة أو البلوغ المبكر (Hsu, 1990) . ويغلب على مرضى فقدان الشهية العصبى صغر سنهم ، بينما يكون مرضى حفلات اغتراف الطعام غالبا من الكبار ، فقد كان متوسط العمر بالأربعينات لمرضى حفلات اغتراف الطعام فى مختلف عينات الدراسة الميدانية التى أجراها سبيتزر (Spitzer et al., 1992) .

وتتصف الحالات الإكلينيكية لمرضى فقدان الشهية العصبى والشره العصبى بمدى واسع من ظهور متلازم للاضطرابات النفسية ؛ إذ تنتشر

اضطرابات القلق والاكتئاب على وجه الخصوص عند المرضى المصابين بهذه الاضطرابات (Laessle et al., 1991) ، وتم ملاحظة ارتفاع معدلات سوء استعمال العقاقير النفسية واضطرابات الشخصية (Jhonson, Tobin, & Enright, 1989; Wilson, 1993b) . بالمثل ، كشفت بعض الدراسات معدلات عالية من الاكتئاب وسوء استعمال العقاقير عند الأقارب من الدرجة الأولى لأسر مرضى فقدان الشهية العصبى ومرضى الشره العصبى (Kassett et al., 1989) .

بناءً على هذه النتائج ، اقترح بعض الباحثين وجود سبب بيولوجى مشترك فى كل من اضطرابات الأكل والاكتئاب . وعلى الرغم من الظهور المتلازم لكل من الاكتئاب واضطرابات الأكل معاً ، إلا أن هناك إجماعاً أن فقدان الشهية العصبى والشره العصبى لا يشكلان نوعاً من أشكال الاضطراب الاكتئابى . على سبيل المثال ، أظهرت دراسات العلاج لمرضى الشره – وبشكل متسق – أن ظهور الاضطرابات النفسية عادة ما يختفى بعد العلاج الناجح لاضطراب الأكل ؛ مما يشير إلى أنها مترتبات ثانوية لاضطراب الأكل .

نظرة أخرى شائعة تتمثل فى أن اضطرابات الأكل عبارة عن تعبير ضمنى عن اضطراب الإدمان . وعلى الرغم من وجود معدلات مرتفعة من سوء استعمال العقاقير عند المرضى ، الذين يعانون من اضطرابات الأكل وعند أفراد أسرهم ، إلا أنه لا يوجد دليل مقنع لأى دلالة مهمة للظهور المتزامن بين هذه المشاكل عند عينات غير منتقاة من المجتمع ويمكن أن يكون مرضى اضطرابات الأكل الذين يسعون للعلاج هم أنفسهم من يشكون من أكثر من نوع من الاضطرابات . بالإضافة إلى ذلك ، تعتبر معدلات الظهور المتزامن للقلق والاكتئاب معاً عند مرضى الشره العصبى مرتفعة ، مقارنة بالمرضى الذين يشكون من اضطراب سوء استعمال العقاقير النفسية . ويجب التأكيد على أن الشره العصبى وفقدان الشهية العصبى من الاضطرابات النفسية ، ولا يمكن التقليل من شأنهم ليكونوا تعبيراً ضمنياً لاضطراب آخر .

وتتداخل أعراض سوء استعمال العقاقير النفسية مع أشكال أخرى من الاندفاعية[١] عند مرضى الشره العصبى بشكل واسع فى مراكز العلاج المختلفة . ومن الخطأ الفادح أن نصف المريض بالشره العصبى بأنه يكذب ويسىء استعمال العقاقير النفسية ويسرق ويمارس الشيوعية الجنسية [٢] (أى تعدد العلاقات الجنسية

(1) Impulsivity .

(2)Promiscuity .

وممارسة الجنس مع أكثر من شخص) . وعلى الرغم من أن عدداً قليلاً من المرضى يمكن أن تنطبق عليهم هذه الأوصاف ، إلا أن الغالبية العظمى لا تنطبق عليهم . بالإضافة إلى ذلك ، يحدث الشره العصبى عند المرضى على اختلاف شخصياتهم ، ولا يوجد مفهوم موحد لشخصية المريض بالشره العصبى . ويمكن أن يكون تفسير النماذج النمطية من هذا النوع مضللاً ، ويولد كثيراً من الأخطاء للمرضى ، الذين يعانون من هذا النوع من الاضطراب .

ونادراً ما يُسبب الشره العصبى عند المرضى ذوى الوزن الطبيعى تعقيدات جسمانية رئيسية . ويمكن للتقيؤ أن يولد عدم توازن كهربائى ، والذى يمكن بدوره أن يكون له عواقب خطيرة مثل عدم انتظام دقات القلب وتآكل الأسنان . وعلى الرغم من توثيق هذه المعلومات فى التراث ، إلا أنه يندر حدوث مشاكل مثل التقرحات المعدية .

متغيرات المعالج

كما هو الحال فى جميع حالات العلاج المعرفى السلوكى فإنه من المهم جداً أن تنمو لدى المعالج والمريض علاقة علاجية فعالة (O'Leary & Wilson, 1987) . فيجب على المعالج أن يكون محل ثقة واحترام المريض . كما يعتمد نجاح العلاج المعرفى السلوكى بشكل كبير على رغبة المريض فى أن يؤدى دوراً فعالاً فى العلاج ، وأن يتابع أداء التكاليف المنزلية ؛ حيث يطلب من المريض أن يفعل أشياء قد تكون فى غاية التهديد ، وتتعارض بشكل كبير مع معتقداته عن الأكل ونظام وزن الجسم . على سبيل المثال ، قد يطلب منه أن يستمر بتناول ثلاث وجبات متوازنة فى اليوم ، بدلاً من حذف الوجبات أو التقليل الشديد من الأكل . ويتخوف معظم المرضى من أن هذا العلاج قد يتسبب فى زيادة وزنهم وهو ما لا يرغبون فيه على الإطلاق . ومن الجدير بالذكر أن المرضى لن يقوموا بعمل ما يمثل بالنسبة لهم خطر نفسى رئيسى مثل تغيير عاداتهم بالأكل ، ما لم تكن لديهم ثقة بمعالجيهم ، وأن طريقتهم بالعلاج موثوق بها .

ودائماً ما يشعر مرضى اضطرابات الأكل بالخجل من سلوكياتهم وهم حساسون جداً لمؤشرات الرفض وعدم التجاوب . وبالتالى ، يجب على المعالجين أن يظهروا تقبلهم للمريض وتفهمهم لمشاكله . وليس من غير المعتاد أن نواجه مرضى باضطرابات الأكل تلقوا بالسابق علاجات غير متفهمة ، وغير متعاطفة

من مهنيين ، سواء كانوا رجال أو نساء على السواء ممن يفتقدون للخبرة فى هذا النوع من الاضطرابات . فقد تعرضت إحدى المريضات للموقف التالى مع معالجتها أثناء المقابلة الإكلينيكية ، فقد ذكرت المريضة مناقشة جرت مع صديقها عن اضطراب الأكل لديها ، فعلقت معالجتها بالتعليق التالى : «هل تعنين أنه سيستمر فى الخروج معك ، على الرغم من معرفته بالأشياء المقززة التى تقومين بها ؟»

ليس هناك دليل على أن جنس المعالج يؤثر على نتائج العلاج ، كما هو الحال فى العلاج المعرفى السلوكى لاضطرابات أخرى . وليس مهماً أن يكون المعالج رجلاً أم امرأة ولكن المهم هو الاهتمام والفعالية بين الأشخاص والكفاءة الفنية ؛ فيجب أن يكون المعالجون على دراية بطبيعة اضطرابات الأكل ، وأن يكون لديهم تدريب معين للعلاج . والتركيبة النموذجية من وجهة نظر العلاج المعرفى السلوكى ، تكمن فى وجود معالج لديه خلفية قوية فى العلاج المعرفى السلوكى للمشاكل الإكلينيكية بشكل عام مع تدريب متخصص على تطبيق هذه المبادىء والإجراءات على اضطرابات الأكل .

ويجب على المعالجين أن يكونوا متخصصين فى علاج اضطرابات الأكل؛ لأن ذلك أفضل من الآخرين الذين يتبنون الطريقة الأساسية نفسها مع كل المرضى ، بغض النظر عن طبيعة التشخيص . ويجب أن يتم إبلاغهم عن الاضطرابات البيولوجية المرتبطة بالاضطراب ؛ حتى يتمكنوا من التدخل أو عمل التحويل المناسب عند الحاجة . ويجب أن يعرفوا أيضاً عن تنظيم الوزن والعمليات التى تحكم الحمية ، وحفلات اغتراف الطعام ، والتقيؤ . وأخيراً يجب أن تتوفر لديهم الخبرة الإكلينيكية الكافية والقدرة على التعرف ، وإن دعت الحاجة معالجة الأمراض النفسية المرتبطة بمثل هذه الاضطرابات ، مثل : الاكتئاب وسوء استعمال العقاقير النفسية . ويعتبر علماء النفس الإكلينيكيون والأطباء المدربون المهنيين القادرين على توفير هذا المستوى من الخبرة على أفضل وجه .

التقييم

- **المقابلة الإكلينيكية**

تُعد بعض أنواع المقابلات الإكلينيكية من أكثر الطرق استعمالاً لتقييم حفلات اغتراف الطعام لدى المرضى . وتتنوع هذه المقابلات بشكل كبير فى

كيفية تقنينها ، وما إذا كانت مبنية على أساس الباحث والمبحوث . وأفضل الطرق المعروفة للمقابلات الإكلينيكية لتقييم الأسباب المحددة لاضطرابات الأكل ، هى «فحص اضطراب الأكل» (١) (Fairburn & Cooper, 1993) . وقدر تم استخدام «فحص اضطراب الأكل» على نطاق واسع فى البحث الإكلينيكى والوبائى فى أمريكا الشمالية وأوروبا وأستراليا ؛ لهذا تم ترجمته إلى عديد من اللغات (للمزيد من التفاصيل ، انظر ;Rosen, Vara, Wendt, & Leitenberg, 1990) Wilson, 1993b . وهو أولاً ، يمتاز بمعاملات مرتفعة للثبات والصدق . ثانياً ، يقيم بشكل مباشر معايير التشخيص لجميع اضطرابات الأكل . ثالثاً ، يوفر معلومات متعمقة وكثيرة ، تساعد على تقييم الخصائص الرئيسية للشره العصبى واضطرابات الأكل الأخرى ، ولا يعادله فى ذلك أى استخبار أو مقابلة أخرى .

ويعتبر إعادة ظهور حفلات اغتراف الطعام معياراً تشخيصياً ، ليس فقط للشره العصبى ، ولكن أيضا لفقدان الشهية العصبى ، واضطراب حفلات اغتراف الطعام ، والتقيؤ (APA, 1993) ، ومع ذلك فقد تم تعريفها بشكل محدود . وما يدركه المرضى والأفراد فى المجتمع على أنه حفلات اغتراف الطعام ، يختلف عن التعريف المذكور فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للأمراض النفسية والعقلية (Belgin & Fairburn, 1992) . ويحتوى «فحص اضطرابات الأكل» على أكثر الخطط تفصيلاً وشمولية لتصنيف الأشكال المختلفة للإفراط فى الأكل . ويعرف المقياس أربعة أشكال مختلفة من الإفراط فى الأكل ، اعتماداً على ما إذا كانت كمية الأكل المستهلكة كبيرة بالأصل (الإفراط فى الأكل الذاتى) ، وما إذا كان الشخص يشعر بإحساس فقدان السيطرة (نوبات شره مرضى) . وهذه الصيغ المختلفة من الإفراط فى الأكل الفعلى والملحوظ ليست كلية ، وتشير البيانات إلى أن كلاً من مرضى الشره العصبى والمرضى البدينين المفرطين فى حفلات اغتراف الطعام ، تنتابهم نوبات من الشره العصبى الذاتية والموضوعية .

وعلى عكس معظم استخبارات التقرير الذاتى ، يعرف «فحص اضطراب الأكل» الإفراط فى الأكل ، ويؤكد أن كلاً من المعالج والمريض يحملون المعنى نفسه للمفاهيم الرئيسية . «الكمية الكبيرة» والتى يتم تعريفها من قبل المعالج على أنه ما يلاحظه الناس الآخرون على أنه كمية كبيرة ، بشكل غير عادى فى ظل

(1)Eating Disorders Examination (EDE) .

ظروف معينة . ويقوم المعالج بتوجيه عدد من الأسئلة للتوصل إلى هذا الحكم . ويعرف «فقدان السيطرة» على أنه عدم القدرة على مقاومة نوبة من الإفراط فى الأكل أو التوقف عن الأكل إذا بدأ . وتعرّف حفلات اغتراف الطعام بالدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للأمراض النفسية والعقلية على أنها الاستهلاك غير المتحكم به لكمية فعلية من الأكل . وفى ظل غياب دليل قاطع يشير إلى المسائل المهمة المتعلقة بوجود فروق فى كمية وحجم نوبة الإفراط فى الأكل والشرب وما إذا كان لذلك دلالة تشخيصية (Garqner, Shafer, & Rosen, 1992; Rossiter & Agras, 1990) ، يجب على الباحثين والإكلينيكيين تقييم جميع أشكال الإفراط فى الأكل . وبهذه الطريقة فقط يمكن حل ما يقال عنه الكثير مقابل القليل من الجدل، على أساس من التجريب العلمى .

ويعتبر كل من التقيؤ العمدى وسوء استعمال الملينات أعراضاً غير غامضة نسبياً يمكن تقييمها بشكل مباشر . ومع ذلك فإنه من الصعب تقييم الحمية القاسية، على الرغم من أن الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للأمراض النفسية والعقلية لا ينظر للحمية على أنها سلوك تعويضى غير ملائم لحفلات اغتراف الطعام ، على عكس الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض النفسية والعقلية . ومن المهم أن نقيم هذا السلوك ؛ لكى نحصل على صورة إكلينيكية متكاملة عن طرق أكل المريضة واتجاهاتها نحو الأكل . ويعتبر ذلك من الأشياء الخاصة ذات العلاقة الإكلينيكية بالعلاج المعرفى السلوكى ، عند الأخذ بعين الاعتبار أهمية الحمية فى النموذج المعرفى السلوكى للشره العصبى . ويوفر «فحص اضطرابات الأكل» تحليلاً مفصلاً للحمية وسلوكياتها : تفويت الوجبات ، وتجنب أنواع معينة من الأطعمة والخضوع لعدد معين من السعرات الحرارية ، وردود الفعل حيال كسر قوانين الحمية الموضوعة ذاتياً والانشغال بالأكل وما يحتويه من عدد من السعرات الحرارية . وتم التحقيق أيضاً من تأثير المزاج على الأكل .

ويعتبر الخلل فى الاتجاهات عن وزن وشكل الجسم من المعايير التشخيصية الرئيسية للشره العصبى وفقدان الشهية العصبى . وكما هو مذكور أعلاه ، يعتبر أيضاً العنصر الرئيسى فى النموذج المعرفى السلوكى لهذه الاضطرابات ، وقد أظهرت درجة تغيير العلاج الذاتى فى هذه الاتجاهات توقع النوبة (Fairburn et al., فى الطباعة) ، وبالتالى فمن النادر أن تعرّف أو تقيّم بشكل منتظم . كما يوفر

«فحص اضطرابات الأكل» معلومات مفصلة عن الاتجاهات المتعلقة بوزن وشكل الجسم . ويحتوى المقياس الفرعى الخاص «بالاهتمام بالوزن» على خمسة بنود (أهمية الوزن ، وردود الفعل للوزن الموصوف ، والانشغال بالشكل والوزن ، وعدم الرضا عن الوزن ، والاستمرار بفقدان الوزن) . أما المقياس الفرعى الخاص «بالاهتمام بالشكل» فيحتوى على ثمانية بنود (أهمية الشكل ، والانشغال بالوزن والشكل ، وعدم الرضا عن الشكل ، والخوف من السمنة ، وعدم الارتياح من مشاهدة الجسم ، وتجنب المواجهة والتعرض ، والشعور بالسمنة ، والرغبة بمعدة نحيفة) ، ويصف الشكل (٧ – ١) بند «أهمية الشكل» .

والعيب الرئيسى لفحص اضطرابات الأكل أنه يتطلب تدريباً متخصصاً ، كما أنه يمكن أن يستغرق ساعة أو أكثر لتطبيقه . ومع هذا فإن المعلومات الكثيرة التى يوفرها مع ردود فعل المريضة المركزة ، يمكن أن تساعد المعالج بشكل كبير على فهم المريضة وتفاصيل الاضطراب لديها .

استخبارات التقرير الذاتى

يمكن استعمال عديد من الاستخبارات لتقييم الأمراض النفسية للمرضى المصابين باضطرابات الأكل . ويعد أكثر المقاييس شيوعاً فى الاستخدام قائمة اضطرابات الأكل[1] (EDI-2; Garner, 1991) ومقياس الإفراط فى الأكل والشرب[2] (BES; Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982) . وتوفر «قائمة اضطرابات الأكل» صورة نفسية متناغمة وتقييم معيارى واسع لمسببات فقدان الشهية العصبى والشره العصبى ، فى حين يستخدم مقياس «الإفراط فى الأكل والشرب» بشكل واسع لتقييم حفلات اغتراف الطعام عند المرضى البدينين . (Marcus, 1993)

وعموماً توفر هذه الاستخبارات معايير عامة عن شدة أعراض اضطرابات الأكل ، وبالتالى أثبتت فائدتها فى تقييم التغييرات الناجمة عن العلاج . وتتسم بأنها وسائل اقتصادية وكافية لتقييم المشاكل ، ويمكن استخدامها مع عدد كبير من الأفراد عندما تكون المقابلة الإكلينيكية – والتى تستغرق كثيراً من الوقت – غير عملية . ولكن هناك بعض القيود على الممارسات الإكلينيكية ، وأحد مساوىء

---

(1) Eating Disorder Inventory (EDI)

(2) Binge Eating Scale (BES)

تقييم الإفراط فى الأكل والشرب هو أن مصطلحات الإفراط فى الأكل والشرب «حفلات اغتراف الطعام» ، لم تعرّفا بشكل نموذجى ، ويعتبر ذلك مشكلة خطيرة من وجهة نظر الدليل التشخيصى ؛ حيث إنه لا يوجد تعريف متفق عليه للإفراط فى الأكل والشرب . بالإضافة إلى ذلك ، لا تقيّم الاستخبارات الإفراط فى الأكل الشرب «اغتراف الطعام» بشكل مباشر ، وبدلاً من توفير مقياس واضح للسلوكيات المحددة للإفراط فى الأكل .. فإنها توفر نوعاً من الهيكل المتكامل لسلوكيات الأكل والمشاعر والاتجاهات المرتبطة فى الإفراط بالأكل . فهذه المقاييس لا توفر المعلومات المفصلة ، ولا تقوم بتحديد تكرار نوبة الإفراط فى الأكل والشرب ، وذلك هو الإجراء المطلوب ، الذى من شأنه أن يساعد كثيراً فى عملية التشخيص أو لمراقبة تقدم العلاج والنتائج (Wilson, 1993c) .

*** على مدى الأسابيع الأربعة الماضية ، هل كان شكلك مهماً من حيث تأثيره على شعورك (الحكم ، التفكير ، التقييم) عن نفسك كشخص ؟**

*** لو تخيلت الأشياء التى تؤثر على طريقة شعورك عن نفسك (أن تحكم، وتفكر وتقيّم) مثلاً أداؤك فى العمل ، كونك أباً/أماً، زواجك ، كيف تتعامل مع الناس الآخرين وتضع هذه الأشياء بترتيب من حيث الأهمية ، أين يكون موقع شكلك العام ؟**

لو كان شكلك قد تغير خلال الأسابيع الأربعة الماضية بأى طريقة كانت ، هل كان هذا سيؤثر على الطريقة التى تشعر بها تجاه نفسك ؟ هل من المهم بالنسبة لك ألا يتغير شكلك ؟

(قيمّ درجة الأهمية التى وضعها المفحوص المتعلقة بشكل الجسم وموقعها بقائمة التقييم الذاتى . لعمل هذا التقييم ، يجب عمل بعض المقارنات مع جوانب أخرى من حياة المفحوص ذات أهمية بقائمة التقييم الذاتى الخاصة به ، على سبيل المثال، جودة العلاقة ، كونه أباً/أماً ، الأداء فى العمل أو فى النشاطات الترفيهية . لا تتعامل مع المصطلحات مثل «بعض» أو «باعتدال» أو «بتفوق» . لو ذكر المفحوص أن كلاً من الوزن والشكل متساويين من حيث تفوق الأهمية ، ضع الدرجة ٦ على هذا البند ، وعلى «أهمية الوزن») .

صفر – غير مهم .

١ –

٢ – بعض الأهمية (بتأكيد جانب التقييم الذاتى) .

٣ –

٤ – متوسط الأهمية (بتأكيد أحد الجوانب الرئيسية لتقييم الذاتى) .

٥ –

٦ – فائق الأهمية (لا يوجد شىء أكثر أهمية بقائمة التقييم للمفحوص) .

[اسأل عن الشهرين الماضيين]

[قيم الشهرين الماضيين . الدرجة ٩ إن لم يتم السؤال]

الشهر الثانى [ ]

الشهر الثالث [ ]

شكل (١ – ٧) أهمية بند الشكل مأخوذ من فحص اضطرابات الأكل (الطبعة ١٢) . الأسئلة بنجمة يجب طرحها . من Cooper & Fairburn, 1993، ص ٣٥١ . حقوق الطبع ١٩٩٣ بواسطة Christopher G. Fairburn و Zafra Cooper . تم إعادة طباعته بعد الاستئذان .

وهناك بعض الاستخبارات التى تقيّم التحكم بالحمية . ولعل أفضلها للإكلينيكيين استخبار عوامل الأكل الثلاثية[1] من إعداد ميسك وستنكارد Messick, Stunkard (1985) ، ويتكون من ٥١ بنداً ومن ثلاثة مقاييس فرعية مأخوذة من التحليل العاملى للمقياس ككل ، وهى : التحكم المعرفى ، وكف الأكل ، والجوع المدرك . ويمكن تقييم الاتجاهات نحو وزن وشكل الجسم من خلال استعمال مقاييس مأخوذة من قائمة اضطرابات الأكل ؛ خاصة بالنزعة للنحافة ، وعدم الرضا عن شكل الجسم[2] ، واستخبار شكل الجسم[3] (BSQ; Cooper,

(1) Three-factor Eating Questionnaire .

(2) EDI Drive Thinness and Body Dissatisfaction Scales .

(3) Body Shape Questionnaire (BSQ) .

Taylor, Cooper & Fairburn, 1987) . ويفتقد مقياس «اضطرابات الأكل» إلى الصدق التمييزى لمقابلة «فحص اضطرابات الأكل» (Wilson & Smith, 1989) . ويرتبط استخبار شكل الجسم بشكل كبير مع مقياس «فحص اضطرابات الأكل» لاضطرابات الاتجاهات (Loeb, Walsh, Pike, 1992) ، وتم تزكيته كبديل للتقييم الذاتى فى مقابلة «فحص اضطرابات الأكل» (Rosen et al., 1990) . ومع ذلك يرى كل من «كوبر وفيربورن» (١٩٩٣) أن «فحص اضطرابات الأكل» و «استخبار شكل الجسم» يقيمان خصائص مختلفة لمسببات الشره العصبى . كما يرون أن «فحص اضطرابات الأكل» يقيم المشاعر غير السوية لما يطلقون عليه الأفكار المبالغ فيها عن الوزن والشكل ، وهى صفة ضرورية للتشخيص ؛ بينما يقيس «استخبار شكل الجسم» عدم الرضا عن الجسم ، والذى لا يمثل أهمية تشخيصية ، ويعتبر بشكل رئيسى وظيفة للمزاج الحالى للمريض . ويتسق مع هذا التمييز المقترح تقديم كل من «كوبر وفيربورن» (١٩٩٣) بيانات تظهر أن مقياس الاتجاه نحو الوزن والشكل فى «فحص اضطرابات الأكل» يرتبط بالتغييرات فى تقدير الذات ، بينما يرتبط «استخبار شكل الجسم» بقدر كبير بتغيرات المزاج .

المراقبة الذاتية :

تعتبر المراقبة الذاتية طريقة تقييمية لا يمكن الاستغناء عنها فى العلاج المعرفى السلوكى بشكل عام كما أنها قيمة جداً للعلاج المعرفى السلوكى للشره العصبى . وعادة ما تتضمن سجلات ومذكرات المرضى عن كل من الأكل والشرب ، الذى تناولوه فى اليوم الواحد على نماذج خاصة للمراقبة ، وعلى امتداد فترة أسبوع واحد . ويجب أن يطلب من المرضى أن يسجلوا استهلاكهم للأكل بالسرعة الممكنة بعد الأكل مباشرة ؛ لتوخى الدقة ، ويحتاج المرضى إلى معرفة الهدف من المراقبة وأهميتها لتقييم العلاج . ويجب توقع وجود المعوقات المتوقعة لإكمال التقييم الذاتى ، كما يجب وضع المقترحات اللازمة للتغلب على هذه المعوقات .

وتزود المراقبة الذاتية المعالج بتقرير يومى مستمر عن الإفراط فى الأكل والشرب «حفلات اغتراف الطعام» والتقيؤ والظروف التى يحدث فيها كل منهما . ويتم تعريف المسببات الأقرب للإفراط فى الأكل والشرب بشكل رئيسى ، من خلال الطلب من المرضى أن يقوموا بتسجيل الظروف التى تحدث فيها مثل هذه النوبات. وتوفر المراقبة الذاتية المعلومات التى تسمح للمعالج أن يحدد أين ومتى حدثت النوبة ، وبما إذا كان المريض يفكر ، ويحس ، ويعمل فى ذلك الوقت ،

وطبيعة السياق الداخلى الشخصى . وهذه المعلومات مهمة جداً فى العلاج المعرفى السلوكى لاختيار أساليب التغيير المعرفية والسلوكية (للمزيد من التحليل المفصل عن استخدام المراقبة الذاتية كأداة للتقييم ، انظر Wilson, 1993c) .

عمـلية العـــلاج

ومن الضرورى التنويه إلى أن الاستعمال الحالى الواسع الانتشار للعلاج المعرفى السلوكى فى أمريكا الشمالية وأستراليا مأخوذ مباشرة من الصياغة الأولى لفيربورن لهذا المنحى فى بداية الثمانينيات ، وقد ساهم نشر دليل مفصل للعلاج بشكل كبير فى انتشار العلاج المعرفى السلوكى والبحث العلمى المتعلق بفعاليته (Fairburn, 1985) .

وكما يصفه «فيربورن» Fairburn (1985) يتكون برنامج العلاج المعرفى السلوكى من ١٩ جلسة من العلاج الذاتى ، تستمر تقريباً عشرين أسبوعاً . ويركز العلاج على المشكلة وبشكل رئيسى على الحاضر والمستقبل ، ويتكون العلاج من ثلاث مراحل : المرحلة الأولى تتضمن الشره العصبى والتعريف بعلاجه باستخدام العلاج المعرفى السلوكى . ويتم خلال هذه المرحلة شرح وتفسير النظرة المعرفية الخاصة بتعديل الاضطراب والاستمرار فى ذلك ، وتوضيح علاقة الاضطراب بالمشاكل التى يعانى منها المريض فى الوقت الحالى . كما يتم مناقشة قواعد وأهداف العلاج . وتعتبر المعلومات المفصلة والمتعلقة بالتغذية وتنظيم الوزن مهمة للتخلص من اضطرابات الأكل . ويتم تقديم الأساليب السلوكية ، والبدء بالمراقبة الذاتية لتتبع عادات الأكل ولتقييم المواقف التى تثير الإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ . كما يتم استعمال أساليب تنظيمية ذاتية أخرى للتقليل من تكرار الإفراط فى الأكل والشرب ، وتعديل الصيغ المتبعة فى الأكل مثل التحكم بالمثيرات . والهدف من هذه المرحلة هو إعادة المريض إلى تناول ثلاثة وجبات غذائية فى اليوم ، مع الوضع بعين الاعتبار تأكيد ضرورة تناول وجبات صحية .

وعلى الرغم من أن التركيز فى هذه المرحلة المبكرة يكون على تعديل السلوكيات إلا أن المعالج يربط بشكل متكرر النظرة المعرفية للشره العصبى بمشكلة المريض المحددة . على سبيل المثال :

إذا كانت نوبة الإفراط فى الأكل تبدأ بكسر قواعد الحمية – أى على سبيل المثال أكل الشكولاته – فيمكن أن يستعمل ذلك للتعبير

عن نقطة مهمة هى ان وجود نظام قوى من الحمية يشجع على الإفراط فى الأكل بين حين وآخر . والهدف هو مساعدة المريض على أن يكوّن فهماً للآليات التى تطيل من مشكلة الأكل ، وأن يتم تقدير الحاجة لكل من إحداث تغيير فى السلوك والتفكير (Fairburn, 1989, pp. 287-228) .

أما المرحلة الثانية فتركز بشكل مكثف على الجانب المعرفى ؛ حيث يتم تزويد المريض بوسائل متبعة فى المرحلة الأولى مع التنوع فى الإجراءات ؛ من أجل التقليل من قيود الحمية وتطوير مهارات تعايش سلوكية ومعرفية للتقليل من الإفراط فى الأكل والشرب . وهذا النموذج المعرفى مأخوذ من نموذج «بيك» (١٩٧٦) الخاص بالعلاج المعرفى للاكتئاب حيث يتم تعليم المرضى كيفية تعرف وتغيير الأفكار والاتجاهات غير الفاعلة حول الوزن والشكل والأكل . ويتم التوصل لتغيير الأفكار من خلال جعل المرضى ، يتعرضون للتجارب السلوكية المصممة لتحدى افتراضاتهم غير الفاعلة .

ويكون التركيز فى المرحلة الثالثة على استعمال أساليب منع الأنتكاسة ؛ للتأكد من المحافظة على التغيير الذى يلى العلاج (Marlatt & Gordon, 1985) . ويتم تطبيق العلاج المعرفى السلوكى على أساس زيارات ، يقوم بها المريض للعيادة باستثناء بعض الحالات الخاصة مثلاً ، عندما يحاول المريض الانتحار ، وهنا لابد من إبقائه داخل المستشفى . ويمكن تطبيق العلاج المعرفى السلوكى للمرضى المقيمين بالمستشفيات ، ولكن يجب إتمام العلاج بعد الخروج من المستشفى ؛ لمساعدة المرضى على تنظيم أكلهم والتأقلم مع المواقف الخطرة المحددة لحفلات اغتراف الطعام والتقيؤ ، والتى لا يمكن التركيز عليها خلال علاج المرضى فى المستشفى .

من الجدير بالذكر أن هناك اختلافات فى الطرق ، التى يطبق بها هذا الأسلوب على مختلف أوضاع العلاج . فعلى سبيل المثال ، تم وصف تعديلات برنامج العلاج الخاص «بفيربورن» (١٩٨٥) التى قام بها «أجراس» وزملائه Agras et al. (1989) و «ويلسون» وزملائه Wilson et al. (1991) . وعلى الرغم من ذلك ، فإن هناك مجموعة من الأهداف العامة متفق عليها تعرف العلاج المعرفى السلوك لعلاج الشره العصبى . وقد تبنى البعض دليل «فيربورن» Fairburn (1985) للشره العصبى لعلاج الإفراط فى الأكل والشرب المعاود عند

المرضى البدناء (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993) . وتوضح دراسة الحالة التى سنصفها بعد قليل طريقة علاج مريضة ، تشكو من الشره العصبى باستخدام دليل علاج معدلّ من فيربورن (1985) Fairburn لمحاولة العلاج التحكم به (Wilson, 1989) . والحالة مأخوذة من برنامج علاجى مدته عشرون جلسة لمرضى خارجيين ، يشكون من الشره العصبى فى معهد نيويورك للطب النفسى فى جامعة كولومبيا .

دراسة حالة

هذه حالة «كلير» وهى امرأة تبلغ من العمر ٢٦ عاماً وتشكو من الشره العصبى منذ ثمانى سنوات . ومنذ ذلك الوقت تقدمت للعلاج . وقد تم تغيير بعض تفاصيل الحالة لإخفاء شخصية المريضة ، ولشرح بعض النقاط التى ظهرت خلال العلاج من هذا النوع .

التقييم

يتم تقديم العلاج فى سياق بحث إكلينيكى مبرمج فى عيادتنا الخاصة باضطرابات الأكل ، لهذا عادة ما تكون إجراءات التقييم فى غاية الشمولية . ففى البداية عندما تقوم المريضة بالاتصال بالعيادة لتلقى العلاج ، يتم تشخيص حالتها وتصنيفها أثناء المكالمة التليفونية ، وينظر فى ما إذا كانت تنطبق عليها معايير التشخيص ؛ حتى تكون قابلة للتحويل للعيادة التجريبية . وإن كانت كذلك ، يتم وصف البرنامج العلاجى لها ، وإذا كانت تقبل الاشتراك يتم عمل تقييم من جزئين لها . يتكون التقييم من تقييم إكلينيكى شامل للتأكد من وجود الشره العصبى ، ولتقييم مدى التطور ومدى ظهور الاضطراب . إضافة إلى ذلك ، يتم تقييم الأمراض النفسية المرتبطة بالاضطراب وسوء استعمال العقاقير وتاريخ العائلة والتاريخ الاجتماعى والطبى . وأخيراً ، يتم عمل فحص بدنى كامل يتضمن اختبار الحمل والتصفية من حيث استخدام العقاقير . ويتم التركيز بشكل خاص على النقاط الكهربية غير الطبيعية . ولا يؤهل الاستعمال النشط للمخدرات الفرد للانضمام للبرنامج العلاجى . وأيضاً بسبب اختيار بعض المرضى بشكل عشوائى للعلاج ضد المخدرات ، فإن الحمل لا يؤهل المريضة للخضوع للبرنامج العلاجى ، ويتضمن نظام التقييم أيضاً استبياناً شاملاً تقوم المريضة بالإجابة عنه بنفسها .

ويقوم بعمل التقييم بشكل جزئى مساعد إكلينيكى مدربٌ على تطبيق المقابلات المقننة . ويتم عمل الفحص البدنى بواسطة أحد الأطباء النفسيين ، ومن هنا يبدأ الاختصاصى الإكلينيكى بالبدء فى الجلسة الأولى ويمتناوله معلومات كثيرة عن المريضة مقارنة بالممارسة الخاصة . وعلى الرغم من أنه من غير المحتمل أن مثل هذه الإجراءات الرسمية ضرورية فى الممارسة الفردية ، فمن المهم عمل تقييم متعمق قبل البدء بالعلاج .

الأمراض النفسية المحددة

اتضح منذ بداية العلاج أن لدى «كلير» حالة من الإفراط فى الأكل والشرب «حفلات اغتراف الطعام» ، تتكرر من ١٠ إلى ١٥ نوبة فى الأسبوع . وأن خمس من هذه النوبات تتضمن حالة الإفراط فى الأكل والشرب ، كما هى معرفة فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للأمراض النفسية والعقلية (أى استهلاك لا يمكن التحكم به لما ينظر إليه الآخرون ، على أنه كم كبير من الأكل) ، كما أن ٥ إلى ١٠ من هذه النوبات يتدرج تحت ما يشير اليه «فحص اضطرابات الأكل» على انه نوبات شاملة من الشره العصبى (أى انها نوبات لا تتضمن كم كبير وغير معتاد من الأكل ولكن تظل غير خاضعة للسيطرة) . وتظهر نوبات حفلات اغتراف الطعام خلال الليل على مدار الأسبوع . وقد تقيئت «كلير» تقريباً ٥ إلى ١٠ مرات أسبوعياً بعد كل نوبة من الإفراط فى الأكل والشرب . ولو فكرت أنها قد أكلت أكلا سيئا بشكل خاص ، فإنها تعمد إلى التقيؤ بعد الإفراط فى الأكل والشرب ، وإلى شرب الكثير من الماء والتقيؤ مرة أخرى لتنظيف نفسها .

تستقل «كلير» القطار للذهاب للعمل الساعة ٣٠ : ٧ صباحا ، وتتناول طعام الإفطار ، الذى يتكون من نصف قطعة خبز وقهوة أثناء العمل عند الساعة ٨:٣٠ صباحاً .

ويجلب أحد العاملين بالمكتب فطائر أو حلويات لوجبة الإفطار تقريباً مرة كل أسبوعين . كانت «كلير» تأكل فطيرة أو ٥ إلى ٦ قطع من الحلويات ، ثم تقوم بالتقيؤ بعد ذلك ، وغالباً ما كانت تتجاهل وجبة الغذاء ، ولكن عندما كانت تأكل وجبة فى منتصف اليوم ، فإنها عادة ما تكون عبارة عن سلطة بيتزا أو أكل صينى . وكانت تتقيأ تقريباً فى ثلث الوقت الذى كانت تتناول خلاله وجبة الغذاء ، ولم تكن «كلير» تأكل وجبات خفيفة أثناء اليوم ، إلا إذا كانت هناك مناسبة

اجتماعية فى المكتب ، حيث كانت تتناول قطعة من الكيك ثم تتقيأ بعد ذلك . وبعد العمل كانت تتوجه إلى المنزل حيث تفرط بالأكل والشرب ثم تتقيأ ، ولم تكن هذه النوبات من الإفراط فى الأكل كبيرة خلال الأسبوع . وفى الغالب ، كانت الوجبات تتكون من وجبة طعام خفيفة مملحة مثل بطاطس مقلية أو حبوب مع حليب ، وسكر، وأربع قطع من الخبز وثلاث علب من المشروبات الغازية ، وكانت «كلير» تتقيأ بعد هذه النوبات .

أما فى عطلة نهاية الأسبوع ، فقد كانت «كلير» تبدأ يومها فى الساعة ١١:٠٠ صباحا بنوبة من الإفراط فى الأكل والشرب ، تتضمن وجبتها أربع قطع من الخبز (التوست) مع مربى أو جبن وحبوب مع حليب وسكر وفطيرة واحدة إلى ثلاث فطائر وقطعة خبز مع جبن وأى شىء آخر تستطيع الحصول عليه ، ثم تتقيأ وتستحم . «ثم أشعر بارتياح لعدة ساعات» . أما فى وجبة الغداء ، فإنها تتناول شطيرة ما بين الساعة ٢:٠٠ و ٣:٠٠ عصرا ، ثم تفرط فى الأكل والشرب، وتلتهم كل ما يوجد بالثلاجة ، وتتقيأ تقريباً بعد مضى ساعة واحدة على الغداء . أما العشاء فغالباً ما يبدأ كوجبة عادية واجتماعية مع زوجها ، ومن المحتمل مع بعض الأقارب الذين يزورونهم على العشاء . ويتحول نصف هذه الوجبات على الأقل إلى نوبات من الإفراط فى الأكل والشرب ، متبوعة بتقيؤ بعد مغادرة الضيوف المنزل وبعد أن ينام زوجها .

وتتضمن نوبة حفلات اغتراف الطعام لدى «كلير» فى عطلة نهاية الأسبوع أربعة أكواب من الباستا مع الجبن والصلصة وثلاثة قطع من الخبز بالثوم وإناء من الحبوب مع نصف كوب من الشكولاته والحليب وآيس كريم وثلاثة إلى أربعة أكواب كبيرة من المشروبات الغازية قليلة السعرات . وعادة ما تحدث هذه الحالات من الإفراط فى الأكل والشرب فى منتصف اليوم ، بينما يشترى زوجها حاجيات المنزل بالخارج . ومع ذلك فقد ذكرت «كلير» أن بعض هذه الحالات من الإفراط فى الأكل والشرب كانت تحدث أثناء تواجد زوجها بالمنزل ، أو عندما تزور منزل والدتها «إذا لم أستطع التعامل مع الوضع فأسرتى تعرف بالأمر ، ولكن الموضوع محرج بالنسبة إلى ، فأنا لا أود أن أفرط بالأكل والشرب أمامهم ، ونحن لا نتكلم عن هذا الموضوع ؛ لأن والدتى تعتقد أنه أمر مشين إلا إذا كانت غاضبة منى فتدعونى بالمجنونة . وزوجى يريد لكل شىء أن يكون على ما يرام ، وبالتالى حتى لو سألنى إذا كنت لاأزال أمارس هذه العادة فإننى أقول لا» .

وبينما تفرط «كلير» بالأكل والشرب ، قالت إنها تحس أن الوضع لا يمكن التحكم فيه : «أشعر أننى بحال مختلفة كأننى لا أعرف ما أفعله . فى الحقيقة لا توجد لدى أى مشاعر فى ذلك الوقت . وأمر بمرحلة من التخدير . إنه شيء أقوم به فقط» . لقد وصفت تجربتها عن التقيؤ كالتالى : «أشعر بتحسن عندما أتخلص من الأكل ، ولكننى أشعر أننى كالمجنونة ، أشعر بالوحدة ... وبسوء . وأتساءل كيف أقوم بالتجربة نفسها مرة تلو الأخرى» . وعلى الرغم من أن «كلير» أكثرت من سوء استعمال الملينات لمدة ستة أشهر تقريبا ، فقد توقفت عن استعمالها سنتين قبل التقدم للعلاج ، عندما أحست بالخوف نتيجة شعورها بالدوخة واضطراب بدقات القلب . كما أنها حاولت استعمال مدرات للبول فى إحدى المرات .

وتزاول «كلير» التمارين الرياضية بتطرف ، ولكنها لم تكن تتمرن عند التقدم للعلاج . وخلال الفترات القصيرة التى تزاول فيها التمارين ، كانت تستيقظ الساعة ٣:٣٠ فجرا لتبدأ فترة تستمر ساعة ونصف من التمارين قبل توجهها إلى العمل . وكانت مهتمة بشكل كبير بوزنها وعبرت كثيراً من عدم رضاها عن جسمها ، على الرغم من أن وزنها كان فى إطار المعدل الطبيعى . وتجنبت شراء ملابس جديدة ؛ لأنها لا تعتقد أنها ستبدو جميلة بأى شيء .

بدأت «كلير» حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ فى سن الثامنة عشرة ، بعدما تصنتت على فتاتين فى الجامعة ، يتحدثان حول مشكلة فتاة أخرى كانت تشكو من الشره العصبى . وقد اعتقدت أن الإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ أمراً مخيفاً، ولكن بعد فترة ليست طويلة قامت بتجربته . فى السنة الأولى التى أفرطت فيها بالأكل والشرب ، كانت تمر بنظام قاس من الحمية أو التقيؤ ، ثم تقيأت بشكل أقل بعدها لأنه كان أمراً صعباً عليها . وعندما أصبح من السهل عليها التقيؤ بشكل تلقائى ، بدأت باستعمال التقيؤ للإكثار من الاستفراغ . وزيادة معدل التقيؤ أدى إلى الفقدان الملحوظ للوزن ؛ حيث فقدت «كلير» ١٥ رطلا تقريباً وأصابها انقطاع فى الطمث خلال تلك الفترة ، وكانت أيضاً تتمرن ساعة إلى ساعتين يوميّاً . خلال ثلاثة أرباع السنة العشرين من عمرها ، كانت المعايير التشخيصية لفقدان الشهية العصبى تنطبق تقريبا على «كلير» ، ولم يتبين إصابة «كلير» بأى أمراض نفسية أخرى مرتبطة ، وذات أهمية باضطراب الأكل لديها .

التاريخ الأسرى/الاجتماعى

نشأت «كلير» مع أبويها وأخت أكبر منها وأخ أكبر منها فى إحدى الضواحى الكبيرة ، وعندما بلغت «كلير» ١٢ سنة تطلق والداها . وقد وصفت

طلاقهما «إنه الحدث الرئيسي والوحيد الصادم فى حياتى . . . أشعر أننى لم أصل لهذا الوضع ، لولا هذا الحدث فقد كنت دائماً قريبة من والدى ، وعندما حدث الطلاق كنت بالكاد أراه» . بعد الطلاق كان على الأم أن تكون مسئولة عن جميع نفقات أفراد الأسرة ؛ مما نتج عنه انهماكها فى العمل لساعات إضافية طويلة. وأضافت «كلير» أنه خلال تلك الفترة كانت دوماً تقضى فترة بعد الظهر وحيدة ومكتئبة . ولم يكن هناك تاريخ أسرى ذو أهمية ، يتعلق بالسمنة أو اضطرابات الأكل أو أى اضطراب نفسى آخر .

وعندما بلغت الثالثة والعشرين من العمر ، تزوجت «كلير» من رجل كانت على علاقة به منذ أيام الجامعة . وفى الوقت الذى تقدمت فيه «كلير» للعلاج كانت تقيم مع زوجها لمدة ثلاث سنوات فى شقة ، تتكون من غرفة نوم واحدة فى المدينة نفسها التى تقيم بها والدتها . وقد وصفت علاقتها بزوجها بأنها جيدة ، ولكنها عبرت عن انفصال المشاعر فيما بينهما فى السنوات الأخيرة . فقد كان زوجها يعمل لأيام طويلة وكان مطلوبا منه السفر بشكل مستمر للعمل . ونتيجة لذلك كانت تبقى بمفردها فى البيت لمدة طويلة ، كما قالت أنه فى عديد من المرات عندما أفرطت فى الأكل والشرب ، كانت تشعر بأحاسيس سيئة تجاه علاقتها به ، ولكنها لم تكن قادرة على التعبير بأى تفاصيل . ولم يكن لها ولا لزوجها أى أطفال .

العـــــلاج

يتلقى كثير من المرضى علاج فى وقت سابق وهو أمر معتاد ، على أساس نموذج نفسى ديناميكى ، والذى يعتبر غير محدد البنية وغر مباشر مقارنة بالعلاج المعرفى السلوكى . ومن المهم للمعالج أن يوضح للمريض بعض الفروق الرئيسية بين العلاج المعرفى السلوكى والعلاج النفسى التقليدى الحالى . يجب عليه أن يذكر ، على وجه الخصوص ، أن التركيز الرئيسى لطريقة العلاج المعرفى السلوكى ، يكون على تعرف أشكال حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ ، مع توضيح العوامل أو الشروط التى تثير وتحافظ على هذه الأشكال . وحال التعرف على هذه الأشكال والمثيرات ، يكون تركيز العمل موجهاً نحو تعرف الأفكار والاتجاهات المرتبطة بهذه النوبات والأساليب البديلة ، التى تتطور للتعامل مع المواقف ذات الخطورة العالية . ويجب العلم أن أسلوب العلاج المعرفى السلوكى

يعتمد على الوضع الراهن؛ لذا يجب التركيز بشكل أكبر على الوضع الحالى للمشاكل ، أكثر من الاهتمام بالتاريخ المرضى لاضطرابات الأكل .

وتعتبر الواجبات المنزلية المتداولة بين جلسات العلاج جزءاً مهماً من العلاج المعرفى السلوكى ، فيجب التأكيد على المريضة بأن أداءها للواجبات مسألة مهمة للعلاج ؛ لأن ذلك من شأنه أن يوفر مادة مهمة للتفهم والتعامل مع المشاكل، التى تعانى منها المريضة . ويرتبط الجهد الذى تكرسه المريضة لإنجاز الواجبات المنزلية بقرب شفائها ، مع الاهتمام الذى تتلقاه من المعالج ، وتبدأ معظم الجلسات بمراجعة للواجبات المنزلية . ومن المفيد أن يعطى للمريضة ملف أو ظرف كبير للاحتفاظ بالنماذج خلال فترة العلاج ؛ حيث يساعد ذلك المريضة على متابعة الواجبات المنزلية والأوراق الخاصة بها ، ويسمح لكل من المعالج والمريضة بالرجوع إلى مختلف الواجبات المنزلية خلال فترة العلاج ، ويتم وزن المريضة بشكل أسبوعى من قبل المعالج فى بداية كل جلسة علاج .

أخيراً ، من المهم أن نوضح للمريضة طوال جلسات العلاج (والتى تستمر فى عيادتنا لفترة ٤٥ دقيقة) ومدة برنامج العلاج (فى عيادتنا ٢٠ جلسة تمتد على فترة ٥ شهور تقريباً) أن بعض المرضى قلقين من أن هذه المدة غير كافية لمعالجة اضطرابهم . ومن المهم أن نوضح للمريضة أن تتوقع أنه مثلما استغرق تطور اضطرابها فى الأكل فترة من الوقت ، فإن تأسيس التحكم الشخصى والأكل بالشكل الطبيعى سوف يستغرق وقتا مماثلا . ويجب أن يشرح للمريضة أنه خلال مدة العلاج ، ستتعلم كثيراً من المهارات الضرورية ؛ لتكون قادرة على علاج نفسها ، وبالتالى يجب أن يتم تشجيعها لتتوقع استمرار التحسن حتى بعد الانتهاء من العلاج ، ولكن يجب التنبيه أيضا أنه إذا كانت المريضة تحتاج إلى المزيد من العلاج بعد نهاية العشرين جلسة ، سيتوجب عمل التحويل المناسب .

الجلسة الأولى

الأهداف

١ – تأسيس التفاهم

٢ – تحديد برنامج العلاج والأهداف :

أ – تعرف أشكال الإفراط فى الأكل والشرب .

ب – تعرف المثيرات البيئية والمعرفية والعاطفية .

جـ – العمل على تطبيع واستقرار أنماط الأكل .

د – يتعلم الفرد أن يكون معالجاً لنفسه (التركيز على المجهود المتعاون للعلاج) .

٣ – التركيز على أهمية الواجبات المنزلية .

٤ – توضيح تسلسل المخاطر الكبيرة .

مقتطفات مختارة

م : أعرف أنك قابلت عديداً من الناس قبل موعدنا اليوم ، كيف تشعرين وأنت تبدئين أخيراً ؟

ك : إننى سعيدة جدا ، وأعرف أننى يجب أن لا أشعر كذلك ؛ أى إننى أعرف أنك تحاول أن تساعدنى ، ولكننى كنت غاضبة جداً من تلك المواعيد الأخرى ، وأننى اضطررت أن أنتظر أسبوعاً قبل أن أراك .

م : يجب أن لا تشعرى بذلك ؟

ك : كما تعرف يجب على أن لا أشعر بالغضب .

م : فى الواقع أننى أقدر أنك قلت لى أنك غاضبة . إننى أتخيل أنه من الصعب أن تمرى على مرحلة التقييم ، والتى تتطلب منك مقابلة عديد من الناس ، والإجابة عن عديد من الأسئلة ، وفى بعض الأحيان أكثر من مرة ، وبعدها الانتظار لمدة أسبوع قبل البدء فى العلاج .

دعينا نبدأ بمراجعتى معك للأساس ، والهدف من التدخل العلاجى . سنتقابل على مدى عشرين جلسة ، وسوف تعقد أول ثمانى جلسات على أساس مرتين فى الأسبوع . سيكون تركيزنا على فهم مشاكل أكلك الحالية ، سنركز على مشكلة الإفراط فى الأكل ، والأكل غير المفرط من خلال خبرتنا أن مشكلة الأكل لا تأتى فقط من خلال نوبة الشره العصبى . سنقوم بالتركيز على المواقف ، التى من الصعب جدا التصرف خلالها بما يتعلق بأكلك . نطلق على هذه المواقف «مواقف عالية الخطورة» . بعد تعرف هذه المواقف العالية الخطورة ، سنحاول أن نعرف كل ما يتعلق بما يجعلها صعبة بالنسبة إليك . بمعنى آخر ، لماذا تفرطين

فى الأكل فى موقف دون الآخر ؟ سنركز على كيفية شعورك ، وبما تفكرين فيه خلال هذه الأوقات . الهدف هو أن نربط أفكارك وسلوكياتك بشكل ذى معنى حتى نتمكن من أن نفهم ما الذى يساعد على استمرارية الشره العصبى لديك ، وعمل التغييرات ؛ حتى تتمكنى من التفاعل بأسلوب تكيفى أكثر .

قبل البدء بذلك ، أود أن أقول لك أيضا أننى سأقوم بوزنك أسبوعيا فى بداية الجلسة . هل تقومين بوزن نفسك الآن ؟

ك : نعم ، لابد أن أزن نفسى خمس مرات يومياً ، قبل أخذ حمام الصباح ، وبعد أن أنتهى من الحمام ، وكل الأوقات قبل وبعد حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ.

م : ماذا يحدث عندما تزنين نفسك ؟

ك : حسناً إذا كان وزنى مرتفعاً ، أشعر بالتخمة . وفى بعض الأحيان يثير ذلك نوبة من الإفراط فى الأكل والشرب . أعرف أن ذلك يبدو جنوناً ولكن فى بعض الأحيان إن كان وزنى منخفضاً ، فإن ذلك يثير نوبة من الإفراط فى الأكل والشرب أيضاً ؛ لأننى أشعر أننى أستطيع أن استهلاك السعرات الحرارية دون أن أسمن – إنه شىء كأنه مكافأة .

م : تعتقدين أنه يمكن استهلاك السعرات الحرارية ، دون أن تزيدى من وزنك ؟

ك : نعم ، لا أعرف ... فى الغالب أيا كان الوضع ، فإنه غير سار بالنسبة إلى .

م : هذا بالضبط ما أود أن أشجعك عليه ، وهو أن تضعى الميزان بعيداً الآن . إن الطريقة التى ننظر بها إلى الوزن هى أنه منتج نهائى يتأثر بعديد من المتغيرات – وأثناء دورتك الشهرية ، فى أى وقت من اليوم كانت ، هل تناولت الكثير من الأطعمة المالحة بالأمس ، كم من التمارين تمارسينها ، وهلم جرا . نتيجة لذلك ، يتغير وزنك ما بين صعود ونزول لعدة ارطال ، وهذا طبيعى وصحى ولكن بالنسبة لك فإنه مؤشر خطر . وأحد أهداف العلاج هنا هو أن تشعرى بالارتياح أكثر لوزنك والتغيرات التى لا يمكن تجنبها . وعند البدء بعمل بعض التغييرات فى أكلك ، أود أن أزنك هنا ؛ حتى أتمكن من متابعة ما يحدث لوزنك ومناقشة ذلك . وعندما يكون وزنك فى المعدل الطبيعى ، وترتاحين من أكلك ووزنك ، سنقوم بوضع هذا النظام لديك بالمنزل . هل تعتقدين أنك قادرة على التخلى عن الميزان فى الفترة الحالية ؟

ك : سأحاول .

م : حسناً ، لنرجع إلى النقطة الأولى ، الآن نحن نعرف أن أحد المواقف عالية الخطورة هو عندما تزنين نفسك ؛ لأن ذلك من شأنه أن يثير نوبة من الإفراط فى الأكل والشرب .

ك : نعم ، أعتقد أن ذلك صحيحاً .

م : هذا نموذج نود أن نكمله معا الآن . وسأطلب منك أن تكمليه كواجب منزلى لجلستك القادمة . ما نود أن نفعله هنا هو أن نضع قائمة بالمواقف ، التى تشعرين أنه من المستحيل أن تقاومى خلالها إغراء الإفراط فى الأكل والشرب ، والمواقف التى يمكنك أن تقاومى خلالها إغراء الإفراط فى الأكل والشرب ، والمواقف التى يمكن أن تدخل فى الاحتماليين . عندما تزنين نفسك على سبيل المثال ، إلى أى مدى يمكن أن يثير ذلك نوبة من الإفراط فى الأكل والشرب ؟

ك : أوه ، غالباً نصف الوقت .

م : حسناً ، إذاً سنضع هذا الموقف هنا ٥٠/٥٠ ، والآن ماذا عن الأسبوع الماضى ، ما المواقف التى أثارت لديك نوبات من الإفراط فى الأكل والشرب ؟

ك : حسنا ، أنا دائماً أفرط بالأكل والشرب عندما أعود للمنزل من العمل ، وقبل أن يأتى زوجى للمنزل .

	العواقب الحالية		العواقب اللاحقة	
	ايجابية	سلبية	ايجابية	سلبية
لو توقفت عن حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ				
لو استمريت فى حفلات اغتراف الطعام التقيؤ .				

شكل (٢ – ٧) نموذج توضيحى للمدرج الهرمى للخطورة العالية .

م : فى الغالب دائماً – هل يعنى ذلك ٧٥٪ من الوقت ، أم أكثر أو أقل ؟

ك : غالباً ثلاثة ليال من أصل خمس ليال .

م : حسناً ، إذاً سيكون هذا بالمعدل نفسه الذى ذكرناه ، وماذا عن الموقف الذى يثير دائماً لديك نوبة من الإفراط فى الأكل والشرب ؟

ك : إذا تشاجرت مع زوجى لدرجة تجعله يغادر المنزل .

م : إذاً يوضع هذا الموقف هنا ، وماذا عن الموقف الذى لا يثير لديك إفراط بالأكل والشرب ؟

ك : أنا لا أفرط بالأكل والشرب ، عندما أكون فى مطعم مع بعض الأصدقاء – لأننى أعرف أنه لا يمكننى التقيؤ بعدها .

م : حسناً ، إذا لدينا بعض الأمثلة الآن . ما أود منك فعله كواجب منزلى هو إكمال هذا النموذج . ضعى ثلاثة أو أربعة مواقف فى كل عامود ، ويكون ذلك لكل من حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ ، وعندما نتقابل فى المرة القادمة سنراجع النموذج سويا .

وبالإضافة إلى تعرف المواقف عالية الخطورة ، أود منك الإشارة إلى مدى قيامك بالإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ كل يوم ، وذلك باستعمال هذه المذكرة الخاصة بنوبات الإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ . هذه المراقبة اليومية مهمة جدا، لأنها ستساعدنا على متابعة مدى تكرارا نوبات الإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ ، ونحن نتقدم بالعلاج . سيكون من المفيد مبدئياً تعرف هذه النوبات ؛ حتى نتمكن من مناقشة ما يحدث فى الأوقات التى تفرطين فيها فى الأكل والشرب وتتقيئين . وبالتالى نتعرف هذه الصيغ ، والمواقف عالية الخطورة . ونحن نحاول عمل تعديلات فى أكلك ، سيكون من الضرورى أن نراقب ما يحدث لإفراطك بالأكل والشرب ؛ لأن ذلك سيمكننا من تعرف التدخلات الفعالة واستمرارية المشاكل الأخرى .

ويعتبر الوقت الحالى مناسباً جداً لى ؛ لكى أؤكد لك أهمية الواجبات المنزلية؛ سيتوجب عليك عمل بعض الواجبات المنزلية خلال الجلسات ، والتى ستزودنا بالمعلومات المهمة بخصوص مشاكلك المتعلقة بحفلات اغتراف الطعام والتقيؤ . سيتوجب عليك أحياناً كتابة بعض الأشياء ، وأحياناً أخرى سيتوجب

عليك تجربة بعض الأنماط السلوكية . ومن المهم حقاً أن تؤدى واجباتك المنزلية ، وقد تكون بعض المهام صعبة ، ولكنى أريدك أن تبذلى قصارى جهدك ، وسنقوم بمناقشة أى مشاكل تواجهينها أثناء هذه الفترة .

والشيء الأخير الذى أريدك أن تفعليه اليوم ، هو قراءة ورقتين سأعطيهما لك واحدة بخصوص التقيؤ وسوء استعمال الملينات ، والأخرى بخصوص أكل مجموعة من المأكولات بما فيها الدهون والكربوهيدرات فى نظام الأكل الخاص بك . وعندما نتقابل فى المرة القادمة ، سنقوم بمناقشة هذه الأوراق .

الواجبات المنزلية :

١ - إكمال نموذج سلم المخاطر العالية .

٢ - قراءة الأوراق .

٣ - إكمال المذكرات اليومية بخصوص حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ .

الجلسة الثانية

الأهداف

١ - مراجعة الواجبات المنزلية .

أ - توفير تغذية رجعية (عائد) إيجابية .

ب - سؤال المريضة عن صيغ ردود الفعل المتعلقة بالمراقبة الذاتية .

جـ - التركيز على أهمية الواجبات المنزلية إذا دعت الحاجة .

٢ - مراجعة نموذج هيكل المخاطر العالية لحفلات اغتراف الطعام والتقيؤ .

٣ - الكشف عن ردود فعل المريضة تجاه وزنها ، والتركيز على أهمية تحديد عدد المرات التى تزن فيها المريضة نفسها .

مقتطفات مختارة

المعالج : حسناً إن وزنك اليوم ١٣٦ رطلا . (كان وزن المريضة ١٣٥ ، بزيادة رطل واحد) .

ماذا تعتقدين ؟ وبماذا تشعرين حيال ذلك ؟

كليـر : فظيع . يجب أن أنقص وزنى تقريباً بمعدل ١٠ أرطال على الأقل، وهذا يجعلنى أشعر بتحسن أفضل .

م : يجعلك تشعرين بارتياح أفضل ؟

ك : نعم ، فعندما يصل وزنى إلى هذا الحد ، أشعر بأننى سمينة وأننى فاشلة.

م : هل تعتقدين أنك سمينة وتعتقدين أنك فاشلة لأنك تزنين ١٣٦ رطلا ، ويبدو أن ذلك يجعلك تشعرين بالإحباط ، وممكن بالغضب وممكن بالحزن. عندما نعمل على مثل هذه النقاط سأحاول مساعدتك على توضيح ما إذا كنا نتكلم عن الأفكار أو المشاعر . مؤكد أنهما مترابطان ، ولكن بينما نحاول التمييز بين ما يجرى هنا فى أكلك ، نود أن نعرف ما إذا كانت المشكلة تنبع من أفكارك أو مشاعرك أو من الاثنين معاً .

أود أن أشجعك على عدم الحكم على وزنك إلى أن تتمكنى من التحكم فى أكلك . وحتى ذلك الحين من المستحيل علينا أن نعرف أين سيستقر وزنك . أيضاً، وكما ذكرت فى الأسبوع الماضى ، أن وزن كل واحد يتذبذب بعض الأحيان . أود أن أشجعك على التفكير بوزنك على أنه يتأرجح فى ٥ أرطال وليس على أنه رقم محدد . بمعنى آخر ، بدلاً من التفكير فى أن وزنك ١٣٦ رطلا ، فكرى فى أنه يتراوح من ١٣٤ إلى ١٣٩ رطلا . وأى شىء فى هذا المدى لا يعد تغيراً مهماً فى الوزن .

ك : ليس من السهل عمل ذلك ، أخشى أننى سأستمر فى اكتساب مزيد من الوزن.

م : أعرف أن ذلك صعب ، ولكن دعينا نتذكر أن زيادة رطل واحد ليست مثل زيادة ٢٥ رطلا - نحن نطلق على ذلك أسم «التضخيم» ، عندما نعطى المزيد من الأهمية لشىء لا يستحق ذلك .

ك : أعرف ما تعنى ، ولكن من الصعب علىَّ تذكر ذلك طوال الوقت .

م : حسناً هذا هو الوقت المناسب للتحدث عن الأوراق المتعلقة بالتقيؤ وسوء استعمال الملينات والأخرى المتعلقة بالدهون والكربوهيدرات . باعتقادى أن القوة التى تدفعك إلى التقيؤ هى أنك غير سعيدة بوزنك ، وأنك تحاولين مواجهة الإفراط فى الأكل والشرب . ما رأيك فى الأوراق المتعلقة بذلك ؟

تصف الأوراق العواقب الضارة للتقيؤ وسوء استعمال الملينات ، وتشرح كيف أن هذه السلوكيات التعويضية تفشل فى الواقع فى مساعدة الأفراد على التحكم والسيطرة على وزنهم بفعالية . وتشرح الدورة الموضوعة أنه يتم استخدام التقيؤ عند كثير من الناس ؛ لأنهم يريدون معاكسة الإفراط فى الأكل والشرب لانزال وزنهم ، ولكن ما يحدث هو العكس بالضبط . عندما يتقيأ الأفراد أو يستعملوا الملينات بشكل منتظم ، فهم يميلون إلى الأكل بشكل أكبر ؛ لأنهم يصبحون تحت الاعتقاد الضاغط أنهم قادرون على التخلص من كل السعرات الحرارية . نتيجة لذلك ، ينتهى المطاف بهم إلى استهلاك مزيد من السعرات الحرارية ، أكثر من الوضع لو كانوا لم يتقيؤا أو لم يستعملوا الملينات .

ك : ذلك منطقى على الرغم من أننى اعتقدت أننى أجد صعوبة كبيرة فى الاعتقاد بأن وزنى لن يزداد لو توقفت .

م : أنا متأكد من ذلك ؛ فقد كنت تفرطين فى الأكل والشرب والتقيؤ لمدة ثمانى سنوات . سنقوم بعمل بعض التغييرات لأكلك بمعدل تدريجى ، تستطيعين مجاراته ؛ حتى تتمكنى من اكتشاف الحقيقة بنفسك . وأود أن أؤكد لك أننا سنتقدم ببطء وسنستمر فى مراقبة وزنك وأكلك بشكل حثيث ؛ حتى تتمكنين من الحصول على البيانات الخاصة بك عند عمل التغييرات .

لننظر إلى النموذج الهرمى للمخاطر ذات الدرجة العالية ، والتى أكملتها كواجب منزلى للتوصل إلى الطريقة التى تتبعينها فى أكلك – وما عادات الأكل المرتبطة بهذا الوزن .

تتواصل الجلسة الثانية من حيث انتهت الجلسة الأولى بهرم المخاطر العالية . ويجب على المعالج والمريضة مراجعة كل المواقف على حدة ، بهدف ترجمة العوامل المختلفة عندما تفرط المريضة بالأكل والشرب وتتقيأ ، وعندما لا تفعل ذلك . وأحد الأهداف الرئيسية لهذا التدخل التقليل من المؤشرات ، التى تفيد أن لدى المريض شره عصبي من خلال الإشارة إلى أنها لا تفرط فى الأكل والشرب أو لا تتقيأ بشكل مستمر .

م : إذاً أحد الأشياء التى نراها أنك لست دائما غير قادرة على التحكم بسلوكك على الدوام ، فهناك مواقف عديدة لا علاقة لها بالإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ بالنسبة إليك . هذا مهم لأنه بالنسبة للكثير من النساء ،

الذين يرون أنهن شرهات عصبياً ، يظنون أن كل طرق أكلهن خارجة عن نطاق سيطرتهن . وهذه مشاكل التعميم من حيث النظرة أو التصنيف ، بمعنى آخر اننا فى كثير من الأحيان نجد أن طريقة تفكير الفرد بخصوص بعض الأشياء يمكن أن تساهم فى خلق المشاكل .

وقد عرفت بقائمتك هنا عديداً من المواقف ذات الصلة بالإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ بالنسبة إليك . ما المثيرات العاطفية بالنسبة إليك ؟

ك : فى كثير من الأحيان عندما أكون محبطة أو غاضبة ، أخفي هذه المشاعر بداخلى ، وأبدأ باغتراف الطعام والتقيؤ عندما أكون وحدي . وهذا ما يحدث مع زوجى في مرات عديدة ، عندما يقوم بفعل شئ يثير جنونى ، ولكننى لا أقول له شيئاً .

م : هذا يذكرنى بما قلته بالجلسة السابقة من أنك يجب ألا تغضبى أو تحبطي بخصوص كل الخطوات ، التي ستمرين بها قبل البدء بالعلاج . هل هذا ما يحدث مع الناس الآخرين أن يخفون مشاعرهم ؛ لكي لا يغضبوا أو يشعروا بإحساس معين ؟

ك : نعم ، هذا يحدث طول الوقت . أظن أن أمي دائماً ما تقول لي ألا أغضب عندما انفصلت هى عن والدى ، و ألا أغضب من أى شيء لن يفيدني شيئا، وألا أكون سعيدة بما أملكه من أشياء .

م : إذاً ما تصفينه هو كيف تولد لديك الاعتقاد بأنه لا يجب أن تشعري بأحاسيس معينة وتحديداً بالغضب . وهذا مثال ممتاز يوضح كيف أن ماضينا يشكل طريقة تفكيرنا في الأشياء في حياتنا الحالية . وبدلاً من التركيز على كيف تعلمت التفكيربخصوص الأشياء بطريقة معينة ، سنطرح سؤالاً : ما إذا كانت الطريقة التي تفكرين بها فى الأشياء تدعمها خبراتك الحالية وما إذا كانت مناسبة لك الآن أم لا ؟

لديك توجه أنك يجب ألا تعبري عن غضبك ؛ لأن ذلك لن يفيدك ، ولكن انظري لما يحدث عندما لا تعبرين عن غضبك ، هل يفيدك ذلك ؟

ك : لا أعتقد أنه يفيدني ، وأنا غير متأكدة كيف لي أن أغير ذلك الآن .

م : سنتكلم عن ذلك ، ولكن ما أود أن تفعليه للجلسة التالية هو أن تضيفي لهذه

القائمة للمخاطر من الدرجة العالية بعض الحالات العاطفية – ما الحالات العاطفية المرتبطة بشكل كبير أو بشكل عادي بمثيرات اغتراف الطعام والتقيؤ بالنسبة لك ؟ وأضيفي للمواقف التي وضعتها بالقائمة وصفاً لما تشعرين به في مثل هذه المواقف .

وآخر شيء أود أن تفعليه هو أن تكملي ما نطلق عليه نموذج تحليل القرار ، سيساعدنا هذا النموذج على فهم سبب رغبتك في تغيير سلوكك ، كما سوف يشير إلي النقاط التي تتدخل فى قدرتك على إنهاء الشره العصبى بنفسك .

في العامود الأول ، يجب عليك وضع العواقب الإيجابية قصيرة المدى للتوقف عن الإفراط فى الأكل والشرب . وفى العامود الثاني ضعى العواقب السلبيةقصيرة المدى ، وفي العامود الثالث عليك وضع العواقب الإيجابية طويلة المدى ، وفي العامود الرابع ضعى العواقب السلبية طويلة المدى . وفى ظهر النموذج ضعى قائمة بعواقب استمرار اغتراف الطعام والتقيؤ .

اجتهدى قدر استطاعتك وسنراجع هذه القوائم فى الجلسة القادمة .

	العواقب الحالية		العواقب اللاحقة	
	ايجابية	سلبية	ايجابية	سلبية
لو توقفت عن حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ				
لو استمريت فى حفلات اغتراف الطعام التقيؤ .				

(شكل ٣ – ٧) : نموذج تحليل اتخاذ القرار .

«منع الانتكاس : المنطق النظري ومراجعة شاملة للنموذج» بواسطة G.A.Marlatt, 1985 في منع الانتكاس : أساليب المحافظة علي العلاج للسلوكيات المدمنة . G.A. Marlatt & R. Gordon, Eds ص. ٥٨ نيويورك مطبعة جيلفورد . حقوق الطبع محفوظة لسنة ١٩٨٥ بواسطة مطبعة جيلفورد ، وتم اقتباسها بتصريح .

الواجبات المنزلية :

١ – التوسع فى نموذج قوائم المخاطر عالية الخطورة .

٢ – إكمال نموذج تحليل القرار .

٣ – إكمال المذكرات اليومية .

الجلسة الثالثة :

الأهـــداف

١ – مراجعة الواجبات المنزلية .

٢ – تقييم الأفكار غير الفاعلة :

أ – ربط الأفكار والمشاعر والسلوكيات ، كما هى موضحة بواسطة المواقف ٥٠/٥٠ على نموذج مخطط المخاطر العالية .

ب – تعرف الوظائف المعرفية غير الفاعلة . يعطى المريضة قائمة بالوظائف المعرفية غير الفاعلة ، ويطلب منها توفير أمثلة بالوظائف المعرفية المختارة ، ويفضل من الأسبوع الماضى .

جـ – توضيح مبادىء أساليب التفكير الفاعل ، وغير الفاعل مقابل التفكير «غير المنطقى» أو «المجنون» (أى ، هل هذه الأفكار تعمل لصالحك أو ضدك؟) .

مقتطفات مختارة

كلير : كانت الأيام القليلة الماضية صعبة بالفعل ، فقد بدأت بالإفراط فى الأكل والشرب يوم الخميس عندما وصلت إلى البيت ، وقد انتهى ذلك لأننى خلدت إلى النوم .

كان زوجى فى الخارج فى رحلة عمل طوال الأسبوع . وقد واجهت مشكلة كبيرة كونى فى المنزل وحدى هكذا ؛ خاصة أننى كنت مضطربة بسبب العمل .

المعالج : إذاً يعتبر هذا موقفاً آخر عالى الخطورة .

ك : نعم ، كان لدى شعور سيىء بخصوص العمل ، كانت رئيستى بالعمل

محبطة بشأنى لأننى لم أحضر لها التقرير المطلوب منى فى الموعد المحدد. كنت أعرف أنها على حق ، أعنى أننى قضيت نصف اليوم السابق لتقديم التقرير وأنا أفرط بالأكل والشرب والتقيؤ فى العمل . كنت قلقة بخصوص إنهاء التقرير بالشكل الصحيح ولكننى أنهيته متأخرة يوما كاملا .

م : حسناً ، الآن نعرف أن الشعور بالقلق حالة شعورية أخرى تثيرك للإفراط بالأكل والشرب .

ك : نعم ، هذه حالة كبيرة ورئيسية .

م : لننظر إلى نموذج المخاطر العالية لبعض الوقت للمرور على المشاعر الأخرى ، التى تربطينها مع هذه النوبات ، وبعدها ننظر أيها تنطبق على هذه النوبة الأخيرة . حسنا ، لقد دونت هنا أنك عندما تغضبين وتكتئبين هناك خطورة كبيرة أنك ستفرطين بالأكل والشرب وتتقيئين . وكتبت أنك عندما تكونين هادئة وسعيدة لا تفرطين بالأكل والشرب ولا تتقيئين . كتبت أيضاً إنك عندما تشعرين أن على زوجك أن يمكث فى البيت لفترة أطول ، يمكن أن يحدث الاحتمالين : الإفراط أو عدم الإفراط فى الأكل . «الشعور أن على زوجك البقاء فى المنزل لفترات أطول» هى بالحقيقة فكرة فأنت تعتقدين أنه على زوجك أن يمكث بالمنزل لفترات أطول ، وعندما لا يكون فى المنزل فأنت تشعرين أنك .....

ك : وحيدة ويتم تجاهلى . أعنى أنه لو يحبنى ، كان سيبذل المزيد من الجهد . لا أعرف هو يقول أنه يفعل ذلك من أجلنا . نحن نحاول توفير المال لنشترى منزلا وبقية الأشياء ، ولكن فى كثير من الأوقات ، يفضل أن يكون بالعمل على أن يكون معى .

م : هل هذا أحد الأسباب التى أدت بك إلى النوبة الأخيرة من اغتراف الطعام؟

ك : نعم . أعتقد أنه لو كان السبب هو فقط أو عملى ، لكنت قادرة على التكيف، ولكننى لا أستطيع التعامل مع الاثنين فى آن واحد .

م : حسناً ، دعينا ننظر للموقف ، ونتعرف طريقة تفكيرك بكل شيء ، ونحاول أن نفهم كيف يمكن لطريقة تفكيرك أن تساهم فى صعوبة الموقف .

فيما يخص العمل ، فقد قلت إنك شعرت بالقلق الشديد للانتهاء من العمل الموكل إليك بالشكل الصحيح إلى الدرجة ، التي جعلتك تفرطين بالأكل والشرب والتقيؤ ، لماذا كان هذا ؟

ك : اعتقد أنني أميل إلى الكمال بعملي . يجب أن أعمل الأشياء بشكل متكامل، أو اعتقد أنها لا تستحق العناء بالمرة . وعن هذا التقرير لرئيستي ... لم تكن لدى كل المعلومات التي أحتاجها لإنجاز التقرير بالشكل الصحيح ؛ لهذا ظللت أؤجل حتى اليوم قبل موعد تسليمه ، ومن ثم بدأت بالإفراط في الأكل والشرب والتقيؤ ، ومكثت هناك حتى منتصف الليل أحاول إنهاء التقرير .

م : إذاً كان هناك نوبتان من الإفراط في الأكل والشرب : واحدة قبل تسليمك التقرير ، والثانية في الليلة التي كنت فيها بالمنزل بعد تسليمك التقرير ، صحيح ؟

ك : نعم .

م : بماذا كنت تفكرين أيضا ، عندما انتابتك نوبة الإفراط في الأكل والشرب في العمل ؟

ك : شعرت أنني في غاية الفشل ؛ لأنني لم أستطيع عمل أي شيء بالطريقة الصحيحة .

م : لقد شعرت أنك في غاية الفشل . ماذا تعنين عندما تقولين أنك لم تستطيعي عمل أي شيء بالطريقة الصحيحة ؟

ك : أنت تعرف ما يتعلق بالتقرير .

م : لقد قلت أنه لم تتوفر لديك جميع المعلومات ، ولكن هل كانت لديك المعلومات الكافية لتكملي بعض من هذا التقرير ؟

ك : نعم ، كانت هناك أربعة أجزاء للتقرير ، وكانت المعلومات المفقودة تخص الجزء الثالث .

م : إذاً في الحقيقة أنه كانت لديك معظم المعلومات المطلوبة لعمل التقرير ، ولكن بسبب عدم توفر بعض المعلومات للجزء الثالث ، شعرت أنك لن تكوني قادرة على عمل الجزء الثالث بشكل متكامل ، وشعرت بعدم الكفاءة .

ك : نعم .

م : وأنت تصفين هذا الموقف لى ، لاحظت أن هناك طرقاً تفكرين بها فى المواقف ، والتى تجعل من هذه المواقف أكثر صعوبة لك . كلنا لدينا قواعد تتحكم فى طرق تفكيرنا بالعالم وبأنفسنا وتجاربنا عن العالم . بعض هذه القواعد أو الأفكار تلقائية لدرجة أننا لا ندرك أنها لدينا أو أنها تؤثر علينا . بعض العمل الذى سنقوم به معاً هو تعرف الأفكار التلقائية التى لديك ، والتى يمكن أن تساهم فى مشاكل الشره العصبى ، ونطلق على هذه الأفكار «الأفكار غير الفاعلة» أو «التشويه المعرفى» .

هناك كثير من الأفكار التلقائية الصحية والقابلة للتكيف والضرورية لتفاعلنا اليومى ، خذى على سبيل المثال تعلم كيفية قيادة الدراجة . عندما تتعلمين للمرة الأولى كيفية قيادة الدراجة ، يجب عليك التفكير بكل التفاصيل : كيف تمسكين بالمقود ، وكيف تتوقفين ، وكيف تتزنين ، وأين يجب التركيز والنظر ، وهلم جرا . حالما تتعلمين كيفية القيادة ، لا تفكرين بهذه الأشياء بتركيز ، فهى تأتى بشكل تلقائى . مثلاً يمكن أن تفكرى بالصديق ، الذى أنت فى الطريق لزيارته فتركبين الدراجة وتبدئين بالقيادة ، دون التركيز على الطريقة الفنية لقيادة الدراجة . وهذا النوع من التفكير التلقائى تكيفى جداً ؛ فهو يسمح لك بتعلم شىء ، ثم الانتقال إلى تعلم وعمل الأشياء الأخرى .

ولكن فى بعض الأحيان لا تكون الأفكار التلقائية فاعلة ، وهذه هى الأفكار غير الفاعلة أو التشويه المعرفى . لن نركز كثيراً على الطريقة التى توصلت بها إلى التفكير عن الأشياء بشكل معين ، ولكن المهم هو تأثير هذه الأفكار غير الفاعلة على حياتك الحالية . يجب علينا تقييم هذه الأفكار ، وأن نضع فى عين الاعتبار مقدار الدعم الذى تحظى به فى حياتك الحالية ، وما إذا كانت هناك طرق تكيفية أخرى للتفكير بنفسك وبالمواقف التى تجدين نفسك فيها .

من المهم أن يظل فى بالك ، ونحن خلال هذه الجلسة ، أنه عندما نتكلم عن الأفكار غير الفاعلة والتشويه المعرفى [انظر جدول ٧-٢] ، فنحن لا نطلق على الشخص أنه غير منطقى أو مجنون . وعلى الرغم أنه من الصعب على بعض الناس تتبع تاريخ كيفية توصلهم للتفكير فى شىء معين بشكل معين ، فالكثير من الناس يعرفون مباشرة لماذا يفكرون بأشكال معينة . تقليدياً فالناس

مروا بتجارب معينة ، ونظروا إليها بطريقة معينة ، أو قيل لهم إن بعض الأشياء تنمو ، وتجعلهم يفكرون فى العالم بهذه الطريقة أو بطريقة أخرى ، أنت لست مجنونة لأن لديك أفكاراً معينة . الفكرة هى هل تفيدك هذه الأفكار ؟ ومن ضمن كل الأفكار التلقائية التى تتحكم وتؤثر على سلوكياتنا أيها تعتبر دقيقة ، ومفيدة وقابلة للتكيف ، وأيها غير فاعلة بحيث أنها تكون مدعومة بواقعك الحالى ، وتساهم فقط بجعل مثل هذه المواقف أكثر صعوبة .

بالرجوع إلى حالة الإفراط فى الأكل والشرب التى مررت بها فى العمل ، قلت إنك إما أن تعملى الأشياء بشكل متكامل وإلا فلا . وهذا مثال على التفكير من نوع إما الكل أو لا شيئ ، يجب أن يكون العمل متكاملاً ١٠٠ ٪ ، أو أنه لا يستحق العناء .

كما أنك أطلقت على نفسك «الفشل الكامل» ، وهذا مثال آخر من التفكير من نوع الكل أو لا شيئ ، وهو أيضاً مثال على تصنيف نفسك .

لنقرأ معاً كل من هذه التشوهات المعرفية . هذه هى عشر صيغ من التفكير يمكن أن تشكل لك الكثير من المشاكل ، والتى نلاحظها مع الأفراد الذين يعانون من الشره العصبى . يمكن أن تميزى بعض هذه الصيغ من الأفكار بنفسك فى الحال . ويمكن أن يكون البعض الآخر لا يصفك بالمرة . وما نود أن نفعله على امتداد الأسابيع القليلة القادمة ، هو تعرف أياً منها ينطبق عليك ، وماذا يعنى ذلك لشرهك العصبى .

مع مرور الوقت يكون هدفنا تحدى الأفكار غير الفاعلة التى تتعرفينها ، ونحاول بناء طرق تكيفية أكثر للتفكير بالأشياء . لم تحدث مشاكلك بالشره العصبى فى فترة قصيرة ، ولم تبدئى التفكير فى شكل غير فاعل فجأة . وبالمثل سيكون التعرف والتغلب على الأفكار غير الفاعلة لعدم تعلم أو إعادة تدريب الأفكار والمشاعر والسلوكيات ، التى تقودك إلى الشره العصبى ، وتبقيك فيه . أريدك أن تفكرى بمثال واحد على الأقل لكل من التشويهات المعرفية الخمس بالقائمة ، فى الوقت الممتد من الآن إلى الجلسة التالية . وأيضاً عندما تفكرين فى نوبات الإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ ، التى عانيت منها فى الأسبوع الماضى، أريدك أن تضعى اهتمامك فى ما إذا كنت تفكرين قبل أن تبدأى النوبة . انظرى إذا كنت قادرة على تعرف قائمة الأفكار غير الفاعلة التى ساهمت فى إثارة هذه

النوبة . بعد التفكير فى النوبات السابقة ، حاولى تعرف الأفكار غير الفاعلة ، التى ظهرت قبل نوبات الإفراط في الأكل والشرب والتقيؤ ، من الآن وإلى المرة القادمة التى سنلتقى بها . وسنراجعها معاً فى المرة القادمة .

الواجبات المنزلية

١ - إحضار مثال واحد على الأقل لكل فكرة من الأفكار الثلاثة الأُول غير الفاعلة .

٢ - محاولة تعرف الأفكار غير الفاعلة المرتبطة بنوبات اغتراف الطعام والتقيؤ من الأسبوع الماضى ، خلال الأسبوع الحالى .

٣ - استكمال تدوين ملاحظات الأكل لنوبات اغتراف الطعام والتقيؤ .

جدول (٢-٧)

أمثلة عن التفكير غير الفاعل المشار إليه فى العلاج المعرفى السلوكى .

١ - التفكير الثنائى (الكل أو لا شىء) :

التعليق على الأشياء باعتبارها أسود أو أبيض . لا توجد هناك ظلال رمادية أو حلول وسطية . يكون المريض إما بكامل السيطرة أو غير مسيطر على الوضع على الإطلاق : يكون الأكل إما «جيد» أو «سىء» .

٢ - الاستنتاج غير المدعم :

القدرة على التوصل إلى استنتاجات بغياب الدليل المدعم والثابت ، أو عندما يكون الدليل غير مدعم .

٣ - الافراط فى التعميم :

القدرة على التوصل إلى استنتاجات معممة من حدث معين ، وربط هذا الحدث الوحيد بشكل غير مناسب بعديد من المواقف .

٤ - التضخيم أو التصغير :

القدرة على تقييم أهمية الأشياء بشكل خاطىء . تقوم المريضة تقليدياً بالمبالغة فى جمال النساء الأخريات ، والتقليل من شأن نفسها وجاذبيتها .

٥ – الوقع على النفس :

القدرة على لوم النفس للأحداث السلبية الخارجية ، عندما لا يكون هناك أساس لمثل هذا الربط .

٦ – التجريد الانتخابى :

القدرة على التركيز بشكل خاص على تفاصيل محددة ، وتجاهل كثير من المعلومات الدقيقة والمهمة .

ملاحظة : من Beck, Rush, Shaw, and Emery (١٩٧٩ ، ص.١٤) حقوق الطبع ١٩٧٩ بواسطة Aaron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw, and Gary Emery . بتصريح للنشر .

الجلسة الرابعة

الأهداف

١ – مراجعة الواجبات المنزلية .

أ – توفير تغذية رجعية (عائد) إيجابية .

ب – مناقشة الأمثلة عن أول الأفكار الثلاثة غير الفاعلة .

٢ – تعرف وتوفير أمثلة للمزيد من التفكير غير الفاعل من الأسبوع الماضى .

٣ – تقديم التحديات للأفكار غير الفاعلة .

أ – فحص عملية التعرف ، وتصنيف اختبار الفكرة والواقع : هل هذا حقيقى ؟ ما دليلى على هذه الفكرة ؟ تشكيل تحدى تكيفى ، وفاعل لمحاربة الأفكار غير الفاعلة .

فى الجلسة الثالثة لم يكن هناك وقت للمعالج لمراجعة نموذج تحليل القرارات مع المريضة . ومن المهم عمل ذلك خلال واحدة من الجلسات القادمة ؛ نظراً لأهمية المعلومات المأخوذة من النموذج ، ولدعم وتقدير مجهودات المريضة على إكمال واجباتها المنزلية . وعندما لا يتوفر القدر الكافى من الوقت لمراجعة الواجبات فى الجلسة التى أعدت من أجلها ، فمن المهم أن نقر بأهمية ذلك

للمريضة ، والتركيز على مراجعة مثل هذه الواجبات بأسرع وقت ممكن .

مقتطفات مختارة

تم وزن المريضة وهى فى طريقها إلى مكتب المعالج قبل بداية الجلسة الرابعة ، وكان وزنها ١٣٥ رطلا .

المعالج : ما شعورك حيال وزنك اليوم ؟

كلير : لا زلت أشعر أننى سمينة . أكره النظر إلى نفسي بالمرآة ، أو حتى عندما آخذ حماماً أشعر بالغثيان .

م : تشعرين بالغثيان . . .

ك : نعم أعنى أننى أرى كل النساء الجميلات يمشين فى الشارع ، ولا أستطيع المقارنة ، أعنى أنظر إلى ، يقول زوجى أنه يحب جسمي ويحبنى بالشكل الذى أنا عليه ولكننى لا أصدقه . أعنى أن هناك عديداً من النساء اللاتى يعمل معهن بالعمل ، وهن أصغر سنا وأجمل منى ، كيف له أن يجدنى جذابة ؟ سأشعر بتحسن أكبر عن نفسي لو فقدت عشرة أرطال أخرى ، ولكن مهما حاولت مع نظام الحمية يبدو أننى أفسد الأمر خلال أيام قليلة .

م : ماذا تعنين عندما تقولين أنك تفسدين الأمر ؟ كيف يحدث ذلك ؟

ك : أنت تعرف أننى أبدأ بالحمية وأبدو بحالة جيدة . أتناول بشكل جيد الأطعمة الصحية ، وعادة ما أتناول الفواكه على الإفطار ، ووجبة الغداء مليئة بالألياف ووجبة العشاء غير مسمنة مثل السمك أو الخضروات الصينية . أشعر بالسعادة لو التزمت بهذا النظام ، ولكنه لا يدوم طويلاً . دائماً ما تكون هناك حفلات أدعى لها أو مناسبات فى العمل أو أى شيء آخر . وينتهى بى المطاف بأكل الكثير من الكعك أو الخبز ، ثم يتحول الأمر إلى إفراط بالأكل والشرب .

م : إذاً الفكرة أنك تريدين أن تطبقى نظام الحمية بشكل مثالى ، وأن تكونى مثالية بالتطبيق يعنى أن تلتزمى بنظام صارم من الحمية دون وضع أى استثناء . لا كعك ولا خبز ، وإن أكلت أى من هذه الأطعمة فقد أفسدت نظام الحمية وفشلت .

ك : نعم .

م : يبدو ذلك قاسياً بالنسبة لى .

ك : إذاً كيف لى أن أفقد هذا الوزن ؟ أنا أعرف نفسي ، لا أستطيع تناول القليل من هذه الأطعمة ، وحتى لو تناولت قضمة صغيرة فإننى أريد المزيد . من الأفضل لى ألا أتناول أى منها .

م : لست متأكدا من ذلك . انظرى ما يحدث عندما تحاولين تجنب هذه الأطعمة تماماً فأنت تحدين من نظام الحمية ، وينتهى بك المطاف بالشعور بالحرمان ، وعندها ستبدئين باغتراف الطعام والتقيؤ ، لو أكلت شيئاً مما هو ممنوع عليك . انظرى إلى وزنك أيضا ؛ حيث إنه على مدى الثمانى سنوات الماضية ازداد بشكل مستقر إلى أن وصلت إلى وضعك الحالى .

ك : كل ما أعرفه أننى لو تناولت هذه الأطعمة ، فسأصاب بالتخمة .

م : أنا أعتقد عكس ذلك . طالما أن هذه الأطعمة ممنوعة فسوف تواجهين مشاكل تتعلق بوزنك وأكلك ، ونحن لسنا على استعداد لعمل ذلك الآن ، ولكن أثناء العلاج سأقوم بتشجيعك والعمل معك ؛ لتحدى بعض هذه الأفكار التلقائية المتعلقة بالوزن والأكل .

وقبل أن نصل إلى تلك المرحلة ، لنرجع لبضعة دقائق لنماذج هرم المخاطر العليا ونماذج تحليل القرارات . ما نعرفه حتى الآن أن هناك مواقف داخلية شخصية معينة وحالات عاطفية ، والتى تواجهين صعوبة فى التأقلم معها وتكون مرتبطة بإثارة حالة من الإفراط فى الأكل والشرب . ما نعرفه أيضا من اليوم أن هناك أفكاراً محددة لديك عن جسمك وعن الأكل وطرق معينة لأكلك ، والتى تضعك فى موقف خطير يتسبب فى اغتراف الطعام والتقيؤ .

الآن ، لنرجع إلى نموذج تحليل القرار ، ونتعرف مدى تأثير الشره العصبى من حيث حل هذه المشاكل ، ودعينا نتعرف المشاكل التى تتولد جراء ذلك . بمعنى آخر ، اغتراف الطعام والتقيؤ يفعل شيئاً لك ، وإلا لما كنت تمرين بمثل هذه التجارب . ولننظر هنا فى نموذج تحليل القرار لنرى ماذا وضعت بقائمة العواقب السلبية على المدى القصير والمدى الطويل للتوقف عن اغتراف الطعام والتقيؤ ؟ ماذا ستخسرين ؟ ماذا سيكون أصعب عليك لو توقفت عن هذا السلوك ؟ (تراجع الإجابات) .

ك : (وهى تراجع القائمة) حسناً ، هناك شيء مؤكد وقدا كتبته هنا ، وهو أننى أخشى أن يزيد وزنى ، وأخشى أن أحرم من أكل طعامى المفضل مرة أخرى. وشيء آخر هو أننى سأضطر للتعامل مع بعض المشاكل التى أتجنبها فى علاقاتى .

م : حسناً ، تعتقدين أنه سيزيد وزنك لو توقفت عن اغتراف الطعام والتقيؤ . هذه الفكرة : « توقفى عن الإفراط فى الأكل والشرب أو الأكثر أهمية لو توقفت عن التقيؤ سأكون بدينة» . وهذا يجعلك تشعرين بالقلق والخوف ، ولكن الحقيقة أنك لا تعرفين ما سيحدث . على مدى الثمانى سنوات الماضية كنت تؤدين الأشياء بشكل معين بسبب هذه الأفكار والافتراضات ، ولكنك فى الحقيقة لا تعرفين ما الذى سيحدث لو توقفت عن اغتراف الطعام والتقيؤ . ونطلق على هذا «خطأ قارىء الطالع»(1) [على المعالج والمريض أن يراجعوا كل بند فى عامود العواقب السلبية بالطريقة نفسها] .

م : حسناً ، والآن ما المشاكل التى سببها الشره العصبى أو على الأقل ساهم فيها؟ بمعنى آخر ، ماذا ستجنين لو تخليت عن اغتراف الطعام والتقيؤ ؟ ما هى العواقب الإيجابية على المدى القصير وعلى المدى الطويل لعدم اغتراف الطعام والتقيؤ ؟ [راجع الإجابات] .

ك : سأتمكن من عمل الكثير من الأشياء الاجتماعية ؛ لأننى لن أكون خائفة من فقدان السيطرة .

م : ستتمكنين من عمل المزيد من النشاطات الاجتماعية . وهل يحدث الآن أنك تتجنبين بعض النشاطات والمواقف ؛ لأنك تخشين من اغتراف الطعام والتقيؤ؟

ك : نعم بالطبع ، كل الوقت . وإلا سينتهى بى المطاف بإلغاء كثير من الأشياء لأننى أكون بمنتصف نوبة من الإفراط فى الأكل والشرب ، أو أننى للتو انتهيت من التقيؤ وأشعر بالإنهاك . ومن الأشياء الأخرى التى كتبتها بالقائمة أننى أعتقد أن علاقتى مع زوجى سوف تتحسن ، وما أعنيه أنه فى الوقت الحاضر يعد هذا الموضوع من الأمور السرية التى لا نتحدث عنها .

---

(1) Forune teller's error .

م : إذاً التخلص من اغتراف الطعام والتقيؤ سيساعد على تحسن علاقاتك ، ولكن كما دونت المشاكل التى كنت تتجنبينها فى العامود الآخر ، لا يعنى التخلص من الشره التخلص من هذه المشاكل بشكل أوتوماتيكى ، لكنه يجعلك أكثر قدرة على أن تتعاملى مع هذه المشاكل ولا تستمرى فى تجنبها .

يجب على المعالج والمريضة مراجعة نموذج تحليل القرار بشكل متعمق من خلال مراجعة كل بند ، بالإضافة إلى الثناء الدقيق على المترتبات الناتجة عن التخلص من الشره العصبى ، وعادة ما توجد تشويهات معرفية في الاستجابات التى ستتداخل مع العلاج ، إذا لم يتم التعامل معها بوضوح .

م : من خلال مراجعتنا لنموذج تحليل القرار ، تمكنا من توضيح لماذا تريدين المساعدة ، وتوضيح بعض الأمور التى تتداخل مع إحداث التغييرات . وقد تعرفنا على بعض التشوهات فى تفكيرك عن الشره العصبى الذى تشكين منه .

دعينا نراجع بعض هذه التشوهات المعرفية ونبدأ بتحد يها . يمكن أن نبدأ بالتشوهات التى تعرفنا عليها فى الواجب المنزلى اليوم. سنبدأ بالعمل معاً على تطوير التحديات الوظيفية والمنطقية ، ويمكنك أن تكملى بقية الواجب المنزلى.

يجب على المعالج أن يراجع قائمة التشوهات المعرفية ، والتى تعرفها المريض ، واختيار مثال أو مثالين للتحدي مع المريضة ، حتى يتمكن من إعطاء نموذج للمريضة .

م : دعينا نأخذ هذا المثال ، «رئيستى بالعمل كانت غاضبة لأننى لم أتمكن من تسليم التقرير فى الوقت المحدد . أنا لست موظفة جيدة . أنا فاشلة» . لنأخذ هذا الموقف جملة جملة . رئيستك غاضبة . كيف عرفت ذلك ؟

ك : هى قالت ذلك .

م : ماذا قالت ؟

ك : قالت إنها تمنت لو أننى قلت لها أننى سأتأخر فى تسليم التقرير ، وأنه يجب على إبلاغها بأى تأخير فى المرات القادمة .

م : حسناً ، فهى لم تحب الطريقة التى تعاملت بها مع هذا التأخير ، وكانت قادرة على إبلاغك بذلك . هل هذا يجعلك «موظفة غير جيدة» ؟

ك : لا أعتقد ذلك ، ولكن هذا هو شعورى .

م : ما نوع هذا التشويه المعرفى ؟

ك : التفكير العاطفى .

م : هذا صحيح ، أنت تشعرين أنك فاشلة ، وبالتالى أنت كذلك . والآن كيف تتحدين ذلك ؟

ك : لا أعرف . أعتقد أننى لست موظفة سيئة إلى هذا الحد .

م : كيف تعرفين ذلك ؟

ك : أنا أعمل منذ خمس سنوات .

م : وما نوع المعلومات والانطباعات التى حصلت عليها ، هل حصلت على ترقية أو مكافأة ؟

ك : نعم ، فالناس يقولون لى إنهم يحبون العمل معى ، كل من رؤسائى ومن يعمل تحت رئاستى .

م : إذاً التحدى لكونك موظفة سيئة هو أنك تعتقدى أنك فاشلة فى وقت معين لا يجعلك فاشلة دائما؛ فقد تلقيت كثيراً من المعلومات والانطباعات ، والتى تدعم عكس هذه الفكرة وأنك موظفة مقتدرة . والآن جزء من هذا التشويه هو أنه عند تلقيك القليل من المعلومات السلبية ، تشعرين أنك فاشلة فما نوع هذا التشويه ؟

ك : التضخيم ، والتصنيف وأيضاً التفكير بالكل أو اللاشيء .

م : هذا صحيح ، حاولى تحدى ذلك ، وابدائى هنا مع واجبك المنزلى ، واستمرى فى القائمة المكونة من الأفكار غير الفاعلة التى وضعتيها بالقائمة، والأفكار التى تعرفتها ، ونحن نراجع نموذج تحليل القرار . أود منك أن تكتبى الأفكار غير الفاعلة وتعرف التشويه ، ومحاولة تحدى هذه التشوهات . ناقشى نفسك أو تخيلى أن صديقاً يقول لك عن التشويه المعرفى . كيف لك أن تتحدى هذا التشويه ؟ وكيف لك أن تبدئى التفكير بالأشياء بشكل مختلف ؟

الواجبات المنزلية

١ - اضافة أمثلة بأرقام من ٦ إلى ١٠ على قائمة التشويه المعرفى .

٢ - تعرف الأفكار غير الفاعلة والتحديات .

٣ - إكمال مذكرات اغتراف الطعام والتقيؤ .

الجلسة الخامسة

الأهداف

١ - مراجعة الواجبات المنزلية :

أ - مناقشة الأمثلة من ٦ إلى ١٠ من الأفكار غير الفاعلة والتحديات .

٢ - تقديم سجل يومى بالأفكار غير الفاعلة (انظر شكل ٧-٤) .

بدأت الجلسة بمراجعة الواجبات المنزلية ، مع التركيز على الأفكار المعرفة غير الفاعلة والتحديات . وكما هو الوضع مع عديد من المرضى ، وجدت «كلير» أنه من الصعوبة إيجاد التحديات المقنعة ؛ وذلك لإبطال المشاعر السلبية المرتبطة بأفكارها غير الفاعلة . ومن المهم جدا للمعالج أن يساعد المريضة على خلق التحديات المناسبة للتشويه المعرفى الذى لا يكون محل مقارنة . وعادة ما يتطلب الأمر تكرارات عديدة قبل أن تتمكن المريضة من خلق تحديات ، مقنعة وقوية ، ويعتبر هذا جزءاً رئيسياً من إعادة البناء المعرفى فى العلاج المعرفى السلوكى للشره العصبى .

حالما تتمكن المريضة من تعرف التشويه المعرفى ، وتكون قادرة على خلق التحديات ، تكون الخطوة التالية أن نساعدها على ربط هذا التشويه مع المواقف عالية الخطورة ذات الصلة باغتراف الطعام والتقيؤ . وإحدى الأدوات الرئيسية التى تستعمل لتسهيل هذا النوع من العمل هو سجل الأفكار غير الفاعلة[1] . ويوضح الجزء التالى من الجلسة الخامسة كيفية تقديم هذا السجل والبدء بالعمل به .

(1) Dysfunctional thought record (DTR).

مقتطفات مختارة

المعالج : حسناً ، لقد تمكنا من تعرف بعض الأمثلة من التشويه المعرفى الشائع والمسبب للمشاكل . وما نود أن نفعله الآن هو أن نربط هذا التشويه مع بعض المواقف المعينة ؛ خاصة خلال الوقت الذى تمارسين فيه اغتراف الطعام والتقيؤ . دعينا نلقى نظرة على مذكراتك اليومية ، فقد أشرت هنا أنك أفرطت فى الأكل والشرب وتقيأت بالأمس ، بعدما رجعت إلى المنزل من العمل . دعينا ننظر إلى هذا الموقف بمزيد من التفصيل باستعمال ما نطلق عليه سجل الأفكار غير الفاعلة ، سنستعمل هذا النموذج ليساعدنا على فهم أفضل للمواقف التى تثير نوبات اغتراف الطعام والتقيؤ لديك ، مع التركيز على الأفكار والمشاعر التى كنت تمرين بها قبل تلك النوبة . ما الموقف بالأمس ؟

ك : حسناً ، كانت الساعة ٨ مساء ، وكنت قد رجعت للتو للمنزل . كنت محبطة لأن «توم» لن يكون بالمنزل لأنه فى كاليفورنيا إلى الغد .

م : حسناً ، الموقف أنك فى المنزل وحدك بعد يوم طويل من العمل . نكتب ذلك فى العامود ١ هاهنا . فى العامود ٢ نكتب ما شعورك ؟ قلت إنك كنت تشعرين بالإحباط ، وماذا بعد ؟

ك : كنت أشعر بالسوء لأن «توم» لم يتصل بى فى العمل . . . عادة ما يتصل بى عندما يكون فى طريقه إلى مكان ما .

م : تشعرين بالسوء ، ماذا تقصدين بالضبط ؟

ك : أعتقد أننى كنت أشعر بالإحباط ، وببعض الغضب على ما اعتقد أيضاً.

م : حسناً إذاً لدينا إحباط وغضب فى العامود ٢ ، وماذا بعد ؟

ك : قلقه نوعاً ما أيضاً .

م : قلقه ؟

ك : نعم ، فقد سلمت تقريراً لرئيستى فى ذلك اليوم ، ولا أعرف ماذا كانت فكرتها عنه .

م : إذاً لدينا غاضبة ومحبطة وقلقة . دعينا نربط هذه الأفكار المرتبطة بهذه المشاعر . كنت محبطة لأنك . . .

الهدف هنا هو ربط حالات المشاعر مع التشويه المعرفى موضوع النقاش. عموماً لن يكون التشويه المعرفى واضح المعالم لأفكار المريضة الأولى . ومن

المهم أن يقوم المعالج بتشجيع المريضة على متابعة فكرة معينة إلى أقصى مدى ؛ لأنه عادة ما يكون التشويه على بعد بضعة خطوات من سطح الفكرة . ولو توقف المعالج فى هذه المرحلة من الاكتشاف مبكراً فسيظل التشويه غير مكتشف ومبهم. ومن أفضل الطرق للتوصل إلى التشويه موضوع النقاش هو استعمال جمل مفتوحة، والتى يمكن للمريضة أن تكملها .

ك : توم لم يكلمنى بالتليفون .

م : وهذا يجعلك محبطة لأنه . . .

ك : أشعر أنه لا يهتم بى .

م : تعتقدين أنه لا يهتم بك ، وهذا يجعلك تشعرين بالإحباط ، تشعرين أنه لا يهتم بك لأنه لم يتصل بك تليفونيا .

ك : أعرف إنى أشعر بالغباء وبالحاجة له .

م : غباء وبالحاجة له ؟

ك : نعم ، أعنى أننى أعرف أنه من الغباء أن أنهك نفسى بالعمل ، ولكن عندما يذهب أشعر أننى منبوذة .

م : منبوذة ؟ (يضيف هذه الكلمة مع القائمة فى العامود٢) .

ك : نعم أعنى فى بعض الأوقات أشعر أنه يحب السفر ، أكثر من أن يظل معى فى المنزل .

م : حسناً ، فقد كنت تشعرين بالإحباط لأن «توم» لم يكلمك هاتفيا ، وبما أنه لم يتصل بك فأنت تعتقدين أنه لا يهتم بك . تشعرين بالرفض وتعتقدين أنه يحب السفر أكثر من البقاء معك فى المنزل . دعينا ننظر إلى التشويه هنا ، فأفكارك تقول إن «توم» لا يهتم بك لأنه لم يتصل بك . ما نوع هذا التشويه ؟ (يسلم «كلير» قائمة من التشويه المعرفى) .

ك : حسناً ، تضخيم ؟

م : تضخيم أهمية هذا الحدث الوحيد ، صحيح . وقلت أيضاً أنك تشعرين بالرفض وأنه يحب السفر أكثر من البقاء فى المنزل معك ، على الرغم من أنه يقول عكس ذلك . ما نوع هذا التشويه ؟

ك : أظن أنه تفكير عاطفى .

م : صحيح . . . على افتراض أن مشاعرك السلبية تعكس بالضرورة واقع الأشياء – «أشعر به وبالتالى لابد أن يكون حقيقياه . هل سبق وأن تحققت من ذلك معه ؟

التاريخ	الموقف : وصف :	المشاعر :	الأفكار التلقائية :	الاستجابة المنطقية :	النتيجة :
	١ – الحدث الفعلي يؤدي إلي مشاعر غير سارة أو ٢ – سيل من الأفكار وأحلام اليقظة ، أو الاسترجاع الذى يؤدي إلي مشاعر غير سارة .	١ – حدد حزينة/قلقة /غاضبة ، إلخ . ٢ – قدر شدة المشاعر من ١ – ١٠٠ .	١ – أكتب الأفكار التلقائية التي سبقت المشاعر . ٢ – قدر إيمانك بهذه الأفكار التلقائية ١ – ١٠٠	١ – اكتب الاستجابة المنطقية للأفكار التلقائية . ٢ – قدر ايمانك بالاستجابة المنطقية .	١ – أعد التقدير في إيمانك بالأفكار التلقائية . ١–١٠٠ . ٢ – قدر المشاعر المترتبة . ١ – ١٠٠ .
١/١٢	أنا وصديقي بدأنا بمناقشة ما يعتبر جذاباً في الرجال والنساء . وبعدها بدأت أشعر بالبدانة وشعرت أنه لا يمكن أن ينجذب لي علي الرغم من أنه يقول إنه كذلك .	حزينة وغاضبة ١٠٠٪	أنا بدينة وهو لن ينظر إلي علي أنني جذابة . سيكون في غاية السعادة والرضا مع شخص آخر . ١٠٠٪ .	١ – بالطبع هو منجذب لي فقد كنا نخرج سويا لمدة طويلة . أنا أيضاً أعجب بأشياء أخري في رجال آخرين ، ولكن هذا لا يعني أنني لا أحبه أو أنني لا أجده جذاباً . ٢ – لا يوجد أحد راض تماماً عن الطريقة التي يبدو عليها . ٣ – اغتراف الطعام والتقيؤ لن يجعلني أفقد المزيد من الوزن .	٢٠٪ ٣٠٪

الشرح : عند شعورك بشعور غير سار ، لاحظ الموقف الذي يثير مشاعرك إذا ظهر الشعور بينما أنت تفكر أو تحلم (احلام اليقظة) الرجاء تدوين ذلك ثم دون الأفكار التلقائية المصاحبة للمشاعر ، وحدد درجة إيمانك بهذه الأفكار ٠٪ = لا يوجد علي الإطلاق إلي ١٠٠٪ = تماما . وبتقدير درجة المشاعر من ١ = قليل إلي = ١٠٠ الأكثر شدة .

شكل (٧–٤) : سجل يومي للأفكار غير الفاعلة . من كتاب العلاج المعرفي والاكتئاب (ص. ٤٠٣) تأليف A.T. Beck, A.J. Rush, B. F. Shaw and G. Emery, 1979 نيويورك مطبعة جيلفورد . حقوق الطبع محفوظة Aaron Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw, and Gary Emery. أقتباس مصرح به .

ك : لا .

م : إذاً بشكل ما يعتبر ذلك نوعاً من قراءة الأفكار .

ك : نعم ، أعتقد أنه يجب على التأكد من ذلك ، بدلاً من افتراض الأسوأ .

م : بالإضافة لشعورك بالإحباط ، قلت إنك تشعرين بالغضب . كنت غاضبة بسبب . . .

ك : أظن أنه للأسباب نفسها . لو أنه فعلا يهتم بى ، كان يجب عليه أن يتصل تليفونيا .

م : هل هذا تصريح بالوجوب .

ك : أعرف ، ولكن يجب عليه أن يتصل تليفونيا .

م : هل سيكون من الأدق أن نقول إنك تريدين منه الاتصال ، وإن لم يفعل تشعرين بأنك حزينة ومهمله ؟

ك : نعم .

م : حسناً ، أول خطوة هى تعرف تصريح الوجوب . والتحدى لتصريح الوجوب هو . . . ؟

ك : هناك عديد من الطرق التى يظهر لى من خلالها أنه يهتم بى ، حتى عندما لا يكون فى المنزل ليس من المفروض عليه الاتصال لكى أعرف أنه يهتم بي ولكننى أحب أن يتصل بى .

م : حسناً عندما تدركينه بهذه الطريقة ، ما مدى الحزن والغضب الذى تشعرين به ؟

ك : ليس إلى حد كبير ، ربما بعض الحزن لأننى أفتقده .

م : إذاً الخطوة التالية هى تعرف كيفية التصرف حيال هذه المشاعر بشكل أكثر فعالية . بمعنى آخر ، حتى بعد التعامل مع التشويه ، تتبقى لديك بعض المشاعر التى يصعب عليك ضبطها وتحملها . الآن ، ما تفعلينه هو الإفراط فى الأكل والشرب . نحتاج العمل على بعض الأساليب المختلفة للإفراط فى الأكل والشرب فى مثل هذه الأوقات ، وقبل أن نبدأ بهذا يجب أن ننظر إلى قلقك .

ك : هذا يتعلق برئيستى . دائماً أشعر بالقلق عندما أسلمها أى شىء .

م : لقد قمت بتسليم تقرير لرئيستك ، وهذا يجعلك قلقة بسبب . . .

ك : أعرف أنه كا ن هناك أجزاء منه يمكن أن تكون أقوى . أتمنى لو أننى قضيت المزيد من الوقت على هذه الأجزاء لكنت شعرت بشىء من التحسن.

م : كانت هناك أجزاء منه يمكن أن تكون أقوى ، وهذا يجعلك تشعرين بالقلق بسبب .

ك : لأن رئيستى سترسله لى مرة أخرى لتصويبه .

م : وهذا يجعلك تشعرين بالقلق بسبب . . .

ك : لأن ذلك يعنى أنه غير كامل .

م : وبما أنه غير كامل فذلك يجعلك قلقة بسبب . . .

ك : ستعتقد رئيستى أننى لست موظفة جيدة .

م : حسنا ، فقد سلمت تقريراً ، وهو سبب قلقك لأن بعض أجزائه يمكن أن تكون أفضل ؛ حيث إنه غير مكتمل . وحقيقة أن التقرير غير مكتمل تجعلك قلقة لأن رئيستك ستعتقد أنك موظفة غير جيدة . ما التشويه هنا ؟

ك : أعتقد أن هذا عبارة عن «تصفية ذهنية» (١) ؛ أعنى معظم التقرير كان جيداً.

م : إذاً كما ترين أنك تركزين على التفاصيل الصغيرة السلبية على حساب الصورة الذهنية للتقرير بالكامل ، والتى تشير إلى أنه تقرير جيدا جدا .

ك : نعم ، أعتقد أنها مشكلة مع الكمال أيضاً حيث إننى يجب أن أقوم بالأشياء بشكل متكامل ، وإلا سوف أشعر أننى فى غاية الفشل .

م : إذاً هذا شكل من تفكير الكل وإلا فلا . والآن ما التحديات ؟

ك : كان التقرير كبيراً . معظمه كان جيداً ، ويجب أن أتذكر أن معظم التقرير

---

(1) Mental filter .

كان فى حالة جيدة والأجزاء التى تحتاج للعمل ، كانت أشياء تحتاج إلى معلومات من رئيستى على أية حال . فهى تتوقعه أن يكون متكاملاً ، وبالتالى لماذا أتوقعه أنا أيضاً أن يكون متكاملاً ؟

م : إذاً كيف تشعرين الآن ؟

ك : أفضل . لو أننى أستطيع أن أتوقف عن التفكير فى هذه الأشياء ، عندما أكون بالموقف ؛ أعنى أن الأمر يحصل بشكل سريع .

م : هذا ما نود العمل عليه الآن ، وهو مساعدتك على التباطؤ بعض الشيء والتفكير بشيء من الوضوح عن شعورك ، وكيف تفكرين فى المواقف المشابهة . الآن كأنك على وضع الطيران الأوتوماتيكى . يبرز موقف صعب ، وينتهى بك المطاف باغتراف الطعام والتقيؤ وتبدئين من هنا (يشير إلى عامود ١ من سجل الأفكار غير الفاعلة) إلى هنا (يشير إلى الخط ما بين العامودين ٣ و ٤) . وأطلق على هذا خط اغتراف الطعام والتقيؤ ، وسنعمل على تبطئته ؛ حتى تتمكنى من التركيز على أفكارك ومشاعرك فى العامودين ٢ و ٣ . وسنحاول مساعدتك على تخطى هذه الكبوة والتغلب على خط الإفراط فى الأكل والشرب ، دون المرور بمثل هذه النوبة من خلال العمل على التحديات وتطوير أساليب بديلة للتأقلم .

الواجبات المنزلية

١ – إكمال أول أربعة أعمدة من سجل الأفكار غير الفاعلة ، خلال مواقف عالية الخطورة .

٢ – إكمال مذكرات الأكل لنوبات اغتراف الطعام والتقيؤ .

الجلســـة السادســـة

الأهـــداف

١ – مراجعة الواجبات المنزلية .

٢ – إكمال سجل الأفكار غير الفاعلة لنوبات اغتراف الطعام والتقيؤ ، والتى حدثت خلال الأسبوع الماضى .

٣ - تقديم ثلاثة وجبات باليوم .

٤ - التخطيط لبعض الوجبات المحتملة .

في الغالب عند تقديم سجل الأفكار غير الفاعلة للمرة الأولى يعطى للمرضى للإكمال كواجب منزلي ، ويكمل المرضى النموذج قبل أن يفرطوا بالأكل والشرب ويتقيئوا . وفي بعض الأحيان يكمله المرضى بعد أن يفرطوا بالأكل والشرب ويتقيئوا أو لا يكملونه على الإطلاق . وعادة يرى المرضى أنهم لا يفكرون في استعمال سجل الأفكار غير الفاعلة ، إلا عندما ينغمسون في نوبة الإفراط في الأكل والشرب ، أو بعد أن يكملوا النوبة بكاملها . ويتطلب الأمر تمرينات متكررة مع المعالج لإكمال سجل الأفكار غير الفاعلة بشكل جيد ، قبل أن تستعمل المريضة السجل بشكل فاعل بمفردها . ويجب على المعالج أن يحث المريضة على استعمال سجل الأفكار غير الفاعلة في كل جلسة ، وأن يساعدها على التفكير بأثر رجعي في الطريقة التي تسهل إكمال سجل الأفكار غير الفاعلة قبل نوبة الإفراط في الأكل والشرب ، ومثال على هذا العمل تم وصفه في الجلسة السادسة .

مقتطفات مختارة

م : أشرت بمذكراتك أنك مررت بخمس نوبات من اغتراف الطعام والتقيؤ في الأسبوع الماضي . لننظر إلى سجل الأفكار غير الفاعلة ، التي أكملتها لواحدة منها .

ك : يوم السبت والأحد لم أتذكر شيئاً عن سجل الأفكار غير الفاعلة . أكملتها يوم الثلاثاء ، ولكن بعد انتهاء كل شيء .

م : ما الذي حدث حسب اعتقادك ؟

ك : لا أعرف . حدث كل شيء بسرعة ، وكأن عقلي قد توقف . وبالنهاية تذكرت سجل الأفكار غير الفاعلة يوم الثلاثاء ، ولكن كان هذا بعد انتهاء كل شيء .

م : من الطبيعي ألا تتعودي على استعمال سجل الأفكار غير الفاعلة إلا بعد مضي فترة من الوقت . لننظر إلى ما استطعت أن تكمليه يوم الثلاثاء . الموقف هو أنك كنت في العمل ، وأكلت قطعة من الكعك ، والتي كانت

لأحد زملائك بالعمل وشعرت بعدها بالذنب والإحباط والسمنة . الأفكار التى لديك هنا هى «الكعك هو إفراط بالأكل» و «لا يجب على أن آكل مثل هذه المأكولات المسمنة» ؛ و«سأغدو بدينة» .

لنبدأ بالشعور بالذنب . كلما شعرت بالذنب ابحثى عن تصريح الوجوب . ما تقولينه هنا أنك لا يجب أن تأكلى المأكولات المسمنة ؛ لأنك ستكونين بدينة . ما هو التشويه ؟

ك : كما قلت ، إنه تصريح وجوب .

م : أى شىء آخر ؟

ك : التعميم ؛ أعنى أن قطعة واحدة من الكعك لن تجعلنى بدينة .

م : إذاً هذا هو التشويه والتحدى . جزء من هذا التشويه هو خطأ قراءة الطالع، ألا تعتقدين ذلك ؟

ك : نعم . وعلى الرغم من أننى «أعرف» أن قطعة واحدة من الكعك لن تجعلنى بدينة إلا أننى لا أصدق ذلك .

م : فى الغالب أنك لن تصدقى ذلك كلية حتى تتحققى بنفسك من صحته . فى القريب سنقوم بتمارين صغيرة ؛ حتى تكتشفى بنفسك ما سيحدث عندما تأكلين قطعة كعك بشكل عابر .

إحدى حالات التشويه الأخرى والتى نراها هنا هى تصنيف بعض أنواع الأطعمة على أنها ممنوعة . والتصنيف هو مثال متطرف من التفكير بالكل أو لا شيئ . أى أن الطعام إما أن يكون «جيدا» أو «سيئاً» .

ك : هذه هى الحالة بالضبط عندى ؛ فلدى قائمة طويلة من الأطعمة السيئة.

م : الطريقة التى نفكر بها بالأطعمة أنه لا يوجد أطعمة جيدة أو سيئة . ولايوجد نوع واحد من الطعام سيجعلك بدينة . عادات الأكل مهمة ، ونحتاج إلى أن نعمل على طريقة أكلك من يوم إلى يوم ، أفضل من التوقف عند نوع معين من الطعام فى نظام الحمية . وعلى الرغم من أن ذلك يبدو مخيفا ، فنحن نرى هنا أنك تأكلين هذه الأطعمة التى نطلق عليها ممنوعة ، ولكنك لا تستمتعين بها كثيرا. سنعمل على إدخال هذه الأطعمة فى وجباتك العادية ؛ لكى يكون الأكل ممتعاً أكثر بالنسبة إليك .

إذاً ما التحديات للتشويه الذى تعرفته ؟

ك : حسناً ، لا يوجد طعام من نوع واحد سيجعلنى بدينة ، ولا بأس أن آكل قطعة من الكعك من حين لآخر .

م : هل تصدقين ذلك حقاً ؟

ك : نوعاً ما . أعتقد أنه صحيح مع كل شخص آخر ، ولكننى خائفة إن قضمت قضمة واحدة سينتهى بى المطاف أن أفرط بالأكل والشرب .

م : إن قضمت قضمة واحدة ، سينتهى بك المطاف إلى الإفراط فى الأكل والشرب بسبب . . .

ك : لأننى أشعر بأننى فاشلة ، وأنه يجب على أن لا أتناول أى شىء لأنه سيجعلنى بدينة .

م : لقد قمنا بتحدى فكرة أن قضمة واحدة ستجعلك بدينة . ما التشويه والتحدى لكونك بدينة ؟

ك : أشعر أننى مسيطرة على الوضع إن لم آكل وأشعر أننى أفقد السيطرة ، عندما أبدأ بالأكل .

م : إذاً هذا مثال لـ . . .

ك : تفكير الكل أو لا شيئ .

م : والمشكلة أنك عندما لا تأكلين هل تشعرين أنك مسيطرة على الوضع ؟ يبدو لى أن عدم تناول أى من المأكولات التى تحبينها ، هو الوجه المقابل للإفراط بالأكل والشرب . كذلك فإنه يجعلك متأهبة للإفراط فى الأكل والشرب . لا أحد يستمر إلى الأبد بمنع نفسه من أكل المأكولات التى يحبها. والطريقة التى أفكر بها أنك ستسيطرين على الوضع تماماً ، عندما تتمكنين من أكل بعض هذه الأطعمة بشكل معتدل خلال وجباتك المنتظمة.

أود منك الرجوع إلى سجل الأفكار غير الفاعلة هذا ، ومراجعة التشوهات والتحديات فى المرة القادمة ، وأنت مقبلة على نوبة من الإفراط فى الأكل والشرب . وأود منك ملء نموذج جديد من سجل الأفكار غير الفاعلة ، بعد أن

تكملى قائمة المشاعر والأفكار والتشوهات والتحديات . وأود منك التوصل إلى خمسة بدائل للإفراط فى الأكل والشرب ، وتطبيق أحد هذه البدائل على الأقل .

الشيء الآخر الذى أود التركيز عليه ، هو أكلك فى غير أوقات نوبات الإفراط فى الأكل والشرب . هدفنا أن نجعلك تأكلين ثلاث وجبات فى اليوم . وهذه أفضل طريقة مؤكدة لتأكلين كل ما ترغبين وبما يكفى من السعرات الحرارية؛ حتى تتجنبى الشعور بالجوع البدنى والحرمان النفسى . فأنت لا تأكلين عديداً من الوجبات فى الوقت الحالى . وهذا أحد الأسباب الذى يثير عندك نوبات الإفراط فى الأكل والشرب ، لأنه فى نهاية اليوم تشعرين بالحرمان وفى الحقيقة أنك جائعة جداً . وبالإضافة إلى المثيرات الأخرى ، تكونين معرضة لنوبة الإفراط فى الأكل والشرب فى نهاية اليوم . فى الحقيقة هذا هو من أصعب الأوقات فى اليوم بالنسبة لاغتراف الطعام والتقيؤ ، أليس كذلك ؟

ك : نعم ، ولكنى أخشى إن بدأت الأكل صباحا سينتهى بى المطاف بأن آكل طوال اليوم ، وهذا سيثير نوبة من الإفراط فى الأكل والشرب .

م : كيف سيثير هذا نوبة من الإفراط فى الأكل والشرب ؟

ك : سأفكر أننى أكلت كثيراً وأننى سأغدو بدينة وبالتالى سأتوصل إلى أنه يجب علىَّ أن أتقيأ كى أفرغ ما أكلته . وإذا كان علىَّ أن أتقيأ ، فمن الأفضل أن آكل كل الأطعمة التى أحرم نفسى منها .

م : أعرف أنه من الصعب عليك تصديق أنك لن تسمنى لو أكلت ثلاث وجبات يومية ؛ حيث إن هذه هى الطريقة التى تفكرين بها حول أكلك منذ مدة طويلة وحتى الآن . وما أود أن أشجعك عليه هو أن تستهلكى السعرات الحرارية التى تحصلين عليها مقارنة بالماضى لأنك دائماً ما كنت تصرفين النظر عن استهلاك السعرات الحرارية التى تستهلكينها عندما تفرطين بالأكل والشرب ؛ لأنك تحت الانطباع أنك ستفقدين كل هذه السعرات الحرارية عندما تتقيئين . والآن أنت تعرفين أن هذا ليس هو الوضع الذى فى بالك ، ومع صعوبة الوضع أريدك أن تجربى وضع بعض هذه السعرات الحرارية فى وجباتك المنتظمة ، وخففى من حرمان نفسك من الأكل خلال اليوم حتى لا تضعى نفسك موضع خطورة فى نهاية اليوم ؛ لأنك جائعة جداً ومحرومة جداً . دعينا نخطط لثلاث وجبات للأيام القليلة

القادمة ، ونرى كيف تسير الأمور.

ك : حسناً .

يجب على المعالج أن يراجع تخطيطاً كاملاً للوجبات مع المريضة للأيام التالية لهذه الجلسة وحتى موعد الجلسة القادمة . عادة ما تود المريضة أن تخطط لوجبات محددة وصارمة . من واجب المعالج أن يؤكد لها أن الوجبات مليئة بالسعرات الحرارية اللازمة والمفيدة .

الواجبات المنزلية :

١ – إكمال سجل الأفكار غير الفاعلة بالموقف العالى الخطورة .

٢ – إكمال مذكرات الأكل والاستهلاك المخطط والفعلى له .

٣ – إكمال مذكرات الأكل لنوبات حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ .

الجلسة السابعة

الأهـداف

١ – مراجعة الواجبات المنزلية .

٢ – إكمال سجل الأفكار غير الفاعلة لأى مشاكل بالنوبات منذ الجلسة السابقة .

٣ – مناقشة البدائل لحفلات اغتراف الطعام والتقيؤ وأساليب التأخير .

٤ – مراجعة مدى نجاح أسلوب الثلاث وجبات يومياً .

ركزت هذه الجلسة على تجربة المريضة أن تأكل ثلاث وجبات يومية . وفى الأيام التى أكلت بها ثلاث وجبات لم تفرط بالأكل والشرب ولم تتقيأ . ولكن بعد أن أكلت ثلاث وجبات فى اليوم لمدة يومين ، كانت «تشعر بأنها بدينة» و«قلقة» ، وقررت أن تتناول وجبة العشاء فى ذلك اليوم ، وانتهى بها الوضع أن أفرطت بالأكل والشرب وتقيأت فى تلك الليلة . ووفرت هذه التجربة الدليل الكافى للربط بين الإفراط فى الأكل والشرب وعدم الإفراط فى الأكل والشرب ، وبالتالى كانت المريضة بعدها قادرة على أن تقرر بنفسها أن أفضل طريقة لتتجنب الإفراط فى الأكل والشرب ، هو أن تأكل . ولكن كانت كثيرة القلق بخصوص ازدياد وزنها، كما هو موضح فيما يلى .

مقتطفات مختارة

ك : أشعر بتحسن كبير بعد أن أكلت وجبات منتظمة ، ولكننى أعرف أننى لا أستطيع الاستمرار لأننى سأنفجر من التخمة .

م : دعينا نراجع مرة أخرى بعض الأفكار التى تتعلق بالتحكم فى وزنك . أنت تخشين الآن أكل ثلاث وجبات منتظمة يوميًا ؛ لأنك تخشين أن يزداد وزنك . وأتفهم أنه من الصعب عليك أن تصدقى عكس ذلك ؛ حتى تجربى هذا السلوك الجديد لفترة من الزمن ، ولكنى أريد التأكيد على نقطتين يمكن أن تساعداك ، وأنت تحاولين الاستمرار بأكل ثلاث وجبات يومياً .

أولاً ، هل تذكرين الملزمة التى أعطيتك إياها والمتعلقة بالتقيؤ وسوء استعمال الملينات ؟ راجعيها بشكل دورى وأنت تجربين الثلاث وجبات يوميّاً . تذكرى الاعتقاد المعاكس للاعتقاد السائد ، وهو أن التقيؤ ليس وسيلة فعالة لتجنب زيادة الوزن أو لفقدان الوزن ؛ فجسمك يمتص سعرات حرارية أكثر مما تظنين . وسوء استعمال الملينات غير مجدٍ وخطير . فنسبة ٨٠٪ من السعرات الحرارية التى يتم استهلاكها تمتص من قبل الجسم فى الحال ، وبالتالى فإن التأثير الوحيد الحقيقى بالنسبة للتقيؤ هو استنفاذ السوائل . وبالمثل فإن فقدان الوزن بسبب استعمال الملينات هو نتيجة لفقدان السوائل فى الجسم . واستعمال الملينات يزيد من خطورة الأمر ، ولكن عند التوقف عن استعمال الملينات ، تعود كميات السوائل إلى مستواها الطبيعى .

وخطر آخر كبير متعلق بالتقيؤ أو سوء استعمال الملينات هو أنه يجعلك تفرطين أكثر بالأكل والشرب ؛ لأنك تتصورين أنك ستفقدين كل ما أكلت فى جميع الأحوال . وهو أيضاً يعيقك عن أكل وجبات منتظمة فى أوقات أخرى من اليوم . ولو أفرطت بالأكل والشرب وتقيأت فى فترة العصر ، هناك احتمال قوى أنك ستشعرين بشعور سيىء ، ولن تتناولى وجبة العشاء : إما لأنك منهكة للغاية ، أو لأنك تشعرين بالذنب بسبب نوبة الإفراط فى الأكل والشرب أو . . .

ك : نعم ، لو أفرطت بالأكل والشرب أثناء العمل ، فإننى لا أتناول وجبة العشاء.

م : ولو لم تأكلى وجبة العشاء ، ماذا سيحدث بعد ذلك ؟

ك : إما أننى أنام مباشرة أو أننى أشعر بالجوع فى ساعة متأخرة من الليل ،

وبالتالى فهناك احتمال أن أفرط بالأكل والشرب فى منتصف الليل .

م : إذاً تستمر الدورة . . . ونحتاج لاستمرارية العمل لنكسر هذه الدورة من خلال التحكم فى المواقف عالية الخطورة بدون الإفراط فى الأكل والشرب ولا التقيؤ ، ومن خلال العمل على تأسيس عادات صحية للأكل خلال الأوقات الخالية من الإفراط فى الأكل والشرب . ولصعوبة الموقف ، فأنا أود منك الاستمرار على نظام الثلاث وجبات يوميا . وبالنسبة للتحكم بنوبات الإفراط فى الأكل والشرب المحتملة ، أود منك أن تكملى نموذج سجل الأفكار غير الفاعلة فى الأوقات العالية الخطورة ، مع محاولة التفكير فى خمس بدائل للإفراط بالأكل والشرب والتقيؤ لكل موقف .

ما الأشياء التى تتوقعين أنك قادرة على عملها ، بدلاً من الإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ ؟

ك : من الصعوبة تخيل ذلك . . . عندما أصل لمرحلة حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ ، أشعر أنه لا توجد بدائل .

م : وهذا مثال لأى نوع من التفكير ؟

ك : الكل أو لا شيئ .

م : من السهل أن تفكرى بهذا الشكل ، بما أن هذه هى الطريقة التى تحكمت بها فى أكلك لمدة طويلة ، ولكن لنعمل معاً للتوصل إلى بعض البدائل . فى اليوم التالى على سبيل المثال عندما أفرطت فى الأكل والشرب بعد أن وصلت للمنزل، ماذا كنت ستفعلين بدلاً من ذلك ؟

ك : كبديل كان من الممكن أن أنظف الشقة عندما وصلت للمنزل . . . فهى فى غاية الفوضى . يجب علىَّ أن أفعل ذلك على أى حال .

م : يجب أن تكون البدائل مرتبطة بك وممتعة فى الوقت نفسه . لعله من الطبيعى أن تحتاج شقتك إلى التنظيف ، ولكن هل حقا أردت تنظيفها عندما شعرت بنوبة من نوبات اغتراف الطعام ؟ دعينا نفكر بأنشطة ممتعة أكثر ، والتى يمكن أن تأتى بنتيجة .

ك : كان من الممكن أن أتوقف عند منزل إحدى صديقاتى أثناء عودتى للمنزل، وأن أخطط لتناول وجبة العشاء معها بما أن زوجى بالخارج .

م : جيد ، وماذا بعد ؟ ما الذي يمكنك عمله هذا الأسبوع لو وصلت للمنزل في إحدى الليالي ، وشعرت أنك تودين أن تفرطي في الأكل والشرب ؟

ك : يمكن أن أقرأ لفترة .

م : هل سيشغلك هذا ويجعلك تتجنبي نوبة من الإفراط في الأكل والشرب ؟

ك : أنا أقرأ الآن كتاباً جيداً بالفعل وبالتالي ربما .

م : حسناً دعينا نبدأ هنا . لو حاولت القراءة وشعرت أنك تودين الإفراط في الأكل والشرب ، ماذا ستفعلين ؟

ك : سأحاول التخطيط لأكل وجبة عشاء منتظمة ، وبعدها أذهب لأمشي على الفور حتى لا تتحول إلى نوبة من الإفراط في الأكل والشرب .

م : حسناً ، من المهم أن تتناولي وجبة العشاء ، حتى لو شعرت بقوة بنوبة من الإفراط في الأكل والشرب ، إذ يكون من الآمن أن تأكلي العشاء دون أن تنتقلي إلى مشاكل الإفراط في الأكل والشرب . وماذا بعد ؟

ك : أعتقد أنه يمكنني أن أتصل تليفونياً بإحدى صديقاتي . لو تمكنت من الأكل وحدي يمكنني أن أتكلم مع صديقتي حتى يزول الشعور بالقلق تماماً . . . يمكنني أن أتصل بأعزا صديقاتي والتي تقطن بجواري وأزورها وأدعوها لتحضر للعشاء ، إذا كنت وحيدة بالمنزل طوال الليل .

م : هذه بداية عظيمة ، ما أود أن تفعليه في المرة القادمة هو أن تفكري بقائمة من البدائل ، والتي ستساعدك على تأخير أو تجنب كامل لنوبة الإفراط في الأكل والشرب . وعندما تشعرين أنه بودك الإفراط في الأكل والشرب أو التقيؤ ، أود أن يكون لديك عديد من النشاطات المتنوعة ، والتي يمكن أن تشغلك ، وأن تكون ممتعة بالوقت نفسه حتى تلجئ لمثل هذه النشاطات لتتجنبي النوبة .

الواجبات المنزلية

١ - إكمال سجل الأفكار غير الفاعلة بالمواقف عالية الخطورة ، مع وضع البدائل .

٢ - إكمال مذكرات الأكل والاستهلاك المخطط والفعلي له .

٣ - إكمال مذكرات الأكل لنوبات حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ .

٤ - وضع قائمة من البدائل واستراتيجيات التأخير .

الجلسة الثامنة والتاسعة

الأهداف

١ - مراجعة الواجبات المنزلية :

أ - التركيز على المواقف العالية الخطورة المستمرة .

ب - مراجعة البدائل والاستراتيجيات لمقاومة حفلات اغتراف الطعام.

ت - تقييم أى مصاعب مستمرة مع سجل الأفكار غير الفاعلة .

٢ - مراجعة الثلاث وجبات يوميا .

٣ - تعرف المأكولات الممنوعة .

تم تقديم عديد من المفاهيم الجديدة والاستراتيجيات والتغيرات السلوكية والأدوات ، وبالتالى يعتمد كثير من العمل فى هذه المرحلة من العلاج على التركيز على المناطق ، التى تواجه فيها المريضة أقسى صعوبة ، والتى يمكن أن تتفاوت من شخص لآخر . فى حالة «كلير» ، استمرت فى مواجهة مشاكل عديدة تتمثل فى أكل وجبة العشاء خلال أيام الأسبوع ، وإن أكلت حتى وإن لم تفرط فى الأكل والشرب ، فهى تشعر بالحاجة للتقيؤ . وتركز العمل خلال الجلسة الثامنة والتاسعة حول أكل وجبة العشاء والتشويه المعرفى لديها ، والذى يؤثر على تناول وجبة العشاء . وأدى هذا إلى تقديم مبدأ المأكولات الممنوعة كما هو موضح فيما بعد .

مقتطفات مختارة

ك : . . حسناً ، أكلت وجبة العشاء فى الغالب كل ليلة خلال الأسبوع الماضى، ولكن انتهى بى الوضع إلى التقيؤ بعد العشاء مرتين أيضاً .

م : هل كان الوضع يتكرر بالصيغة نفسها فى كل ليلة تقيأت فيها ؟

ك : نعم ، وصلت للمنزل وخططت لتناول وجبة العشاء وبدأت آكل ، وأنا أحضر

العشاء وانتهى بى الوضع أن أكلت أكثر مما خططت له وشعرت بالغثيان والتخمة فقررت أن أتقيأ .

م : حسناً ، دعينا نراجع سجل الأفكار غير الفاعلة للمرة السابقة لحدوث ذلك .

ك : فى الليلة الماضية ، وصلت للمنزل وخططت لعمل مكرونة وسلطة وخبز ، وانتهيت بأكل قطعتين من الخبز مع الزبدة قبل العشاء ، وأخذت جزءا من المكرونة خلال العشاء . شعرت بالغثيان وأننى ممتلئة ، وشعرت بأنه يجب أن أتخلص من هذا الأكل .

م : المشاعر الأفكار ؟

ك : القلق ، لو استمريت فى الأكل بهذا الشكل سأغدو بدينة . أكلت زبدة ، وهذا غير مسموح .

م : التشويه ؟

ك : خطأ قارىء الطالع ، والتضخيم ، تفكير الكل أو لاشىء ، أعنى أنه حالما تذوقت الزبدة ، قررت أن أتقيأ لأن الزبدة تؤدى إلى السمنه ، وإن أكلتها سأصبح بدينة .

عند هذا الحد كانت «كلير» متوافقة مع إجراءات استخدام سجل الأفكار غير الفاعلة ، وبالتالى أصبحت المهمة العلاجية هى الوصول إلى النقاط المتبقية دون انفاق كثير من الوقت على الأجزاء التى تتحكم بها هى بنفسها بنجاح . وقد كانت قادرة على تحدى فكرة أن الشعور بالغثيان هو نفسه أن تكون بدينة ، ولكنها توقفت عند أكل الزبدة .

م : الآن هذا هو الوقت المناسب لنا للعمل بشكل مكثف على قائمة الأطعمة الممنوعة التى لديك . من خلال هذه القائمة ، ترين بوضوح أنك جهزت نفسك لأن تتقيئى فى بعض الأوقات . وهدفنا هو أن نبدأ بالتدريج إدخال هذه الأطعمة ضمن وجباتك المنتظمة ؛ حتى تستمتعى بالأوقات التى تأكلين فيها ، وألا تكون مصدراً لنوبات اغتراف الطعام والتقيؤ .

يبدو أيضا أن تجربة أكل العشاء بأكملها ممنوعة فى مخيلتك ، سواء مررت أو لم تمرى بنوبة من الإفراط فى الأكل والشرب إذ تشعرين أنه يجب عليك أن تقومى بالتقيؤ كعمل مضاد لتناولك للطعام . ما نود عمله فى مثل هذه الأوقات هو

ليس تغيير أكلك ، بقدر ما هو تغيير الطريقة التى تفكرين بها فى أكلك . هدفنا هو أن نجعلك قادرة على أكل العشاء الذى تصفينه ، دون أن تتقيئى ، أكثر منه تغيير سلوكيات أكلك ، كما نود أن نفعل فى حالة موضوعية من الإفراط فى الأكل والشرب .

ما أود منك فعله للجلسة القادمة هو الاستمرار فى أكل ثلاث وجبات يوميّاً ، مع التركيز على وجبة العشاء . كما أود منك تدوين كل الأطعمة الممنوعة التى يمكن أن تفكرى فيها ؛ حتى نبدأ العمل على إدخال هذه الأطعمة ضمن نظامك الغذائى .

الجلسات من العاشرة إلي الخامسة عشر

الأهداف

١ – الاستمرار فى تعرف المواقف عالية الخطورة واستعمال سجل الأفكار غير الفاعلة للعمل على تطوير التأقلم الوظيفى .

٢ – التركيز على النقاط المتعلقة بالاهتمام بشكل الجسم والوزن ، مع اعتدال سلوكيات أكل المريضة .

٣ – إدخال المزيد من أنواع الطعام فى نظام المريضة الغذائى ، بما فيها أطعمة ممنوعة سابقاً .

خلال الفترة المتوسطة من العلاج ، أصبحت «كلير» قادرة على بناء عادات أكل صحية ، تتضمن أكل ثلاث وجبات يوميا مع إدخال الأكلات الممنوعة ضمن نظامها الغذائى . كما استخدمت سجل الأفكار غير الفاعلة بشكل منتظم للتحكم فى المواقف الصعبة واستعملت استراتيجيات التأخير والبدائل . كما أنها كانت قادرة على تجنب نوبات الإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ فى الغالب على الدوام . وتركز عمل هذه الجلسات على الأوقات التى لا يمكنها أن تتجنب فيها نوبات اغتراف الطعام والتقيؤ ، وعلى بناء مدى أوسع من السلوكيات البديلة . وكما هو متوقع ، فإن إحدى النقاط التى برزت خلال هذه الفترة من العلاج هى عدم رضا «كلير» المستمر عن وزنها وشكل جسمها ، وجزء يتعلق بهذه النقاط موجود فيما يلى .

مقتطفات مختارة

ك : . . . لا أدرى ، أشعر أننى بدينة جدا حتى أننى فى بعض الأوقات أريد أن أرجع إلى نظام حمية ، لو تمكنت فقط من إنزال وزنى ١٥ رطلا.

م : وماذا سيفعل ذلك لك ؟

ك : سأشعر بالتحسن تجاه نفسي . أعتقد أنني سأبدو أفضل ، وستبدو الملابس على بشكل أفضل ، وسأبدو أفضل عندما أزن ١٢٠ رطلا .

م : ماذا حدث لوزنك خلال فترة العلاج ؟

ك : ظل نفسه ولم يتغير . أعتقد أننى فقدت رطلين طبقا للمرة السابقة ، التى وزنت فيها نفسى .

م : وما شعورك وأنت تتحكمين بأكلك ؟

ك : عظيم ، أصبحت منتجة بشكل كبير فى العمل ، وقد ساعدنى ذلك على التعامل بشكل فعال مع علاقاتى بالعمل ، ولكن أتمنى لو أننى أزن أقل من ذلك .

م : ما السحر فى الوزن ١٢٠ رطلا ؟

ك : لا أعرف ، أشعر أننى سأكون سعيدة أكثر ، أحتاج إلى بعض الملابس، وقد أجلت التسوق لأننى أعرف أننى سأبدو كالجاموسة .

م : مثل الجاموسة ؟

ك : حسناً إننى أبالغ بعض الشيء . أعتقد أن هناك تفكيراً من نوع الكل أو لاشيء بخصوص وزنى . عندما يصبح وزنى ١٢٠ رطلا ، سيكون ذلك عظيماً وأى شيء آخر غير مقبول .

م : سيكون من المفيد لك أن تفكرى بمدى مقبول من الوزن ، بدلاً من تجويع نفسك لكى تصلى لرقم معين . ومن هذا المنظور سيكون من المفيد أن تذهبى للتسوق وتجربة بعض الملابس ، التى تناسبك تماماً . لا تشترى شيئاً أصغر من قياسك برقمين . اشترى شيئاً جيداً لك الآن . ويمكن أن تكتشفى فى الحقيقة أنك تبدين أفضل بوزنك الحالى .

ك : أشك بذلك ولكننى سأحاول .

م : للجلسة القادمة ، لماذا لا تذهبين للتسوق ، وتشترى شيئاً يمكنك أخذه معك لإجازتك القادمة .

الجلسات من السادسة عشر إلى التاسعة عشر

الأهداف

١ – الاستمرار فى تعرف الافتراضات موضوع العلاج المتعلقة بالوزن وشكل الجسم . . . إلخ ، باستخدام أمثلة معدة كواجب منزلى .

٢ – العمل على منع المعاودة :

أ – «تجنب جمل [ماذا لو . .] لو أفرطت فى الأكل والشرب ، تقيأت، اصبح وزنى أكثر . . . الخ ؟» .

ب – إعادة تعريف «لقد أفسدت الأمر» كأنها «هفوة» وتجربة للتعلم .

جـ – تبنى اتجاه لحل المشاكل .

٣ – تعرف المواقف المحتملة عالية الخطورة بعد الانتهاء من العلاج .

تهدف هذه المرحلة من العلاج أن تقوم المريضة بعمل إعادة نظر للهفوات المستقبلية ، فلا تنظر لها على أنها كارثة . ويجب أن تدرك المريضة أنها قد تتعرض لمواقف صعبة لفترة من الزمن ، وخلالها يمكن أن تجرب أو أن تستسلم لنوبة من حفلات اغتراف الطعام والتقيؤ . يجب أن يوضح للمريضة أنها إلى أن تتمكن من ضبط عادات الأكل لمستوى طبيعى ، وإلى أن تكون مرتاحة لوزن وشكل جسمها ، فإن القضايا المتعلقة بالوزن والأكل ستكون نقطة ضعفها ، وأن الاختبار الحقيقى للعلاج سيكون بمقدرتها على تبنى اتجاه لحل المشاكل ، فيما يتعلق بالحفاظ على مبادئها وعدم اللجوء للفزع والتخلى عن العلاج .

مقتطفات مختارة

ك : لا توجد أى نوبات اغتراف الطعام والتقيؤ .

م : هذا عظيم ، وكيف تسير أمور الوجبات ؟

ك : جيدة . عادة ما أكون قادرة على تناول ثلاث وجبات يوميا ، وفى بعض الأحيان ينتهى بى المطاف أن ألغى وجبة هنا أو هناك ، ولكن فى معظم الأحيان أتبع نظام الثلاث وجبات . ، حتى أننى أكلت الحلوى عندما ذهبت

للعشاء مع «توم» الليلة الماضية .

م : هذا تطور عظيم . هل تبقى شىء على قائمة المأكولات الممنوعة لم تجربيه بعد ؟

ك : لا يوجد . لا آكل هذه الأشياء طوال الوقت ، ولكن عندما أريد شيئاً من الحلويات أتناوله الآن ، ولا أشعر أنه يجب على أن أشعر بالغثيان أو انه أفرط بالأكل والشرب فقط ، لأننى تناولت آيس كريم .

م : لقد تقدمت كثيراً . أحد الأشياء التى يجب علينا مناقشتها فى هذه المرحلة هى ماذا ستفعلين ، إذا واجهت بعض الأوقات العصبية ، عندما تنتهى فترة العلاج . نحن نعرف أن الوضع لا يزال صعباً بالنسبة إليك عند سفر «توم» ، وأنت أيضاً تواجهين كثيراً من الضغوط فى العمل . ومن المهم بالنسبة لنا أن نفكر للمستقبل ، الذى يمكن أن يكون من الصعب عليك التحكم به ، وحتى يمكنك تجنب أى مشاكل عصبية .

أحد التصورات التى يمكن أن تكون مفيدة ، هو أن تفكرى فى الوقت الذى بدأت فيه العلاج . كنت متورطة بدوامة مدمرة ، وقد حفرت لنفسك حفرة من خلال تكرار نوبات اغتراف الطعام والتقيؤ . وقد خرجت فى هذه المرحلة وبدأت طريقاً جديداً . وتأتى بعض الأوقات التى تشعرين فيها أنك لست على الطريق الصحيح ، ولكن ذلك لا يعنى أنك عدت للحفرة مرة أخرى . وفى هذه الأوقات العصبية تذكرى أنك واصلت طريقك ، ولكنك انحنيت قليلاً . وما نود أن نفعله هو أن نظل حساسين للدلائل التى تشير إلى إنك على الطريق الصحيح ، ومتى تخرجين خارج نطاق هذا الطريق ؛ حتى تتمكنى من العودة دون التعرض لنوبات قاسية ورئيسية .

ك : نعم إلى حد ما أكره التفكير فى هذا . ولكن أعتقد أنك على حق ، فأنا أشعر بالرضا عن نفسى الآن ، ولا أود أن أحسد نفسى .

م : أعرف أن الأمر مخيف ، ولكن من خلال التخطيط للأمام ، ستزداد فرص البقاء على الطريق الصحيح ، ولن تقل مثل هذه الفرص . هل يمكنك التفكير بأى مواقف محتملة وعالية الخطورة ؟

ك : نعم ، واحد من هذه المواقف سيأتى قريباً وهو زواج أختى . سيكون هناك عديد من الناس وأنا وصيفتها وبالتالى يجب أن أبدو جيدة بملابسى ، وكل

شيء آخر ، ولكنني فخورة بنفسي على الرغم من ذلك . وعندما كنا نقيس الملابس قاومت الحاجة الملحة لأن أقول لمصمم الملابس أن يصنع لي ملابس أقل قياساً لكي أدخل بنظام قاس من الحمية لتناسبني الملابس ، وكما تعلم فإنها تبدو علي جيدة الآن .

م : عظيم ، هذا هو التحسن الحقيقي . أي شيء آخر ؟

ك : أنا قلقة بخصوص العمل مع رئيس جديد ، وجميع الأشياء الأخرى .

م : ماذا يمكنك أن تفعلي ؛ حتى تتجنبي إثارة نفسك للمزيد من نوبات اغتراف الطعام والتقيؤ .

ك : أعتقد أنني أتعامل مع ضغوط العمل بشكل أفضل بكثير الآن . ولكن حتى وإن لم أشعر بالرغبة في اغتراف الطعام ، أقوم بملء سجل الأفكار غير الفاعلة ، لو أن يومي كان سيئاً بالعمل ؛ فهي تساعدني على تعرف ما يجري بداخلي .

يجب على المعالج والمريضة أن يمرا بجميع المواقف المحتملة عالية الخطورة ، كما هو موضح بالأمثلة السابقة . ويجب على المعالج أن يستمر في التشجيع على استعمال الأساليب المعرفية السلوكية في جميع المواقف ، التي تصفها المريضة على أنها صعبة ، حتى وإن لم تشعر المريضة بالحاجة الملحة لنوبات اغتراف الطعام والتقيؤ .

الجلسة العشرون

الأهـــداف

١ - مراجعة الواجبات المنزلية .

٢ - مراجعة العلاج وما نجم عنه من تحسن .

٣ - مناقشة مرحلة المحافظة على العلاج والاستمرارية عليه .

٤ - تشجيع المريضة على الاستمرار باستعمال المهارات ، التي اكتسبتها عند انتهاء العلاج الرسمي ، وترسيخ مفهوم أن تعالج نفسها بنفسها .

يتم تكريس معظم الحديث في هذه الجلسة على مراجعة التحسن ، الذي تم التوصل إليه والأهم من ذلك كيف تم التوصل إليه . ويجب التركيز بشكل خاص على العوامل الخاصة ، التي كانت في غاية الأهمية لشفاء المريضة ، والعودة إلى

العادات الطبيعية للأكل وضرورة استمرار المريضة على تطبيق الاستراتيجيات ، التى أوصلتها إلى هذه المرحلة .

مقتطفات مختارة

م : هذه جلستنا الأخيرة . ما شعورك ؟

ك : عظيم . سأفتقدك ولا أعرف ماذا سأفعل أيام الاثنين مساءاً ، ولكن أشعر شعوراً جيدا بخصوص أكلى . لم أفرط فى الأكل والشرب ، ولم أتقيأ لمدة شهرين الآن . وأنا قلقة بعض الشىء من التخاذل ، ولكن أقول لك الحقيقة لا أظن أننى سأفشل . لدى نموذج سجل الأفكار غير الفاعلة مخزون بعقلى، وأنا أتبع الخطوات فى كل الأوقات . فى يوم ما كنت فى اجتماع ، وكان يسير بشكل سيىء ووجدت نفسى أقول والآن ما هو الموقف ؟ وما شعورى وبماذا أفكر ؟، شعرت بأننى كدت أضحك بصوت عال ، عندما أدركت ما كنت أفعله ، وأصبح الأمر طبيعياً الآن .

م : إذاً فقد ساعدك نموذج سجل الأفكار غير الفاعلة كثيراً ، هل تجدين نفسك تفكرين فى التشويه المعرفى ؟

ك : فى يوم ما أخبرت «توم» أن ما قاله هو مثال للتفكير «بالكل أو لاشىء» ! كان ذلك مثيراً . الآن وأنا أستمع إلى هذه التشويهات ، أسمعها . وأنا قادرة على التركيز على المشكلة التى أعانى منها بشكل أفضل . أعتقد بجد أن ذلك ساعدنى كثيراً فى التعامل مع رئيستى بالعمل ومع «توم» .

م : وماذا عن وجباتك ؟

ك : جيدة جدا . أعرف أنه يجب علىَّ أن آكل ، وفى بعض الأحيان عندما أفكر بإلغاء وجبة أشعر أننى أسمع صوتك ، وأنت تقول «أفضل طريقة للتعامل والتحكم بوزنك هى أن تأكلى» . أيضاً أفكر بما قلت «الشعور بالامتلاء لا يعنى البدانة» ، وهذا كلام مهم ، علىَّ أن أتذكره دائماً .

م : وماذا عن وزنك ؟

ك : لا زال كما هو لا أمانع لو فقدت عدة أرطال ، ولكننى أعرف أن ذلك لن يحل جميع مشاكلى . وأنا أعرف بالتأكيد أن نظام الحمية ليس هو الحل بالنسبة لى. أفكر الآن بالانضمام إلى ناد صحى فى فصل الخريف القادم .

م : يمكن أن تكون هذه فكرة جيدة . فقط تذكرى أن تؤكدى لنفسك مدى أهمية وزنك بالنسبة لك . حاولى أن تتذكرى ذلك ، ولكن بالتأكيد من الجيد أن تمارسى التمارين الرياضية باعتدال ؛ لأنه جيد بالنسبة للجميع ، طالما أنك لن تنجرفى ، ولن تكون لديك توقعات غير منطقية .

لقد تحسنت كثيراً ولقد تطلب ذلك الكثير من العمل الجاد ، ويمكنك أن تفخرى بطريقة تعاملك مع نفسك . أعتقد أن أفكارك تكاملت ، وأحدثت تغييرات حقيقية فى تصرفاتك ، مما سيساعدك فى البقاء على الطريق الصحيح فى المستقبل. ولكن تذكرى حتى فى المستقبل ، فالوضع ليس الكل أو لا شيئ ، ستكون بعض الأيام أفضل من غيرها . والأصل هنا هو التأكد من نفسك بشكل منتظم ، واستخدام المهارات التى حصلت عليها عندما يشتد بك الأمر . وأتوقع أن الأمور ستستمر بشكل جيد بالنسبة إليك ، ولكن أرجوك لا تترددى فى الاتصال بى ، لو شعرت أنك بحاجة للمساعدة .

ك : شكراً لكل ما قدمته لى من مساعدة .

م : أتمنى لك الأفضل دائماً .

العلاج على أساس دليل التعليمات والممارسة الإكلينيكية

كان العلاج الذى وصفناه مأخوذاً من دليل تعليمات معين . وبالتالى كان مؤسساً تأسيساً متيناً ومحدد الوقت . ويختلف العلاج من هذا النوع اختلافاً كبيراً عن الممارسة الأكلينيكية اليومية ، والتى يمكن للمعالج المعرفى السلوكى أن يختار فيها بحرية من مدى واسع من تقنيات العلاج ، وفى الغالب على مدى زمنى أطول. وهذا الأسلوب يفترض أن يكون أكثر فعالية من النموذج المختصر الضرورى للعلاج السلوكى المعرفى ، على أساس دليل التعليمات . ويمكن أن يكون الأمر مصمماً بقدر من الحرية على أساس الحاجات الفردية الخاصة للمريض ، فى العيادات الإكلينيكية غير المقيدة .

ليس معروفاً ما إذا كانت العيادة الإكلينيكية غير المقيدة فعالة أكثر مقارنة بالعلاج الاعتيادى المذكور ، كما شرحناه فى هذا الفصل . ومع تزايد استعمال الدليل ، ليس فقط فى دراسات العلاج ، ولكن أيضاً فى العيادات الاكلينيكية ، فإن هناك حاجة عامة لمقارنة العلاج المبنى على الدليل العلاجى مع الممارسة الإكلينيكية العادية فى الإطار الزمنى نفسه . وبالوقت نفسه هناك أسباب جيدة

للرجوع إلى العلاج المبنى على أساس الدليل ، حتى فى العيادة الاكلينيكية اليومية، مع الأخذ بعين الاعتبار الفعالية الإكلينيكية للعلاج التى تم عرضها والتأكد منها (Fairburn, Agras, & Wilson, 1992) . وثمة ميزة أخرى يجب أن نذكرها ، وهى أن هذا النوع من العلاج المؤسس تأسيساً جيداً ومحدد الوقت يركز انتباه كل من المعالج والمريض على العمل بشكل جاد لإجراء تغييرات واضحة (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993) . أخيراً فإن إضافة بعض العناصر الأخرى إلى العلاج يتطلب إما تبديل بعض الجوانب ، أو أن يأخذ العلاج مدة طويلة . كلا الاختيارين لهما عيوب ، ولا يبدو جليا أن إطالة مدة العلاج له أى مزايا ؛ فنحن نصف بالعلاج رسالة محددة وواضحة ، وهى أن المرضى يتم مساعدتهم على أن يكونوا معالجين لأنفسهم ؛ حتى يتمكنوا من الاستمرار فى التحسن بعد الانتهاء من المدة الرسمية للعلاج .

مؤشرات لنجاح أو فشل العلاج

لا يوجد إجماع على مؤشرات ، يمكن أن يعتمد عليها لنتائج العلاج . ويعزى ذلك إلى حد كبير لاستخدام ما يطلق عليه عينات صغيرة من المرضى فى الدراسات الخاصة بنتائج العلاج ، ممن اختبرت هذه الأمور ، وبالتالى فقدان القوة الإحصائية لقياس تفاعل المريض مع العلاج .

وهناك دليل على أن تقدير الذات هو مؤشر ما قبل العلاج للنتائج المتعلقة بالشره العصبى (Fairburn, Kirk, O'Connor, Anastasiades, & Cooper, 1987; Fairburn, et al., in press) ، فالمرضى الذين لديهم درجات منخفضة على مقياس «روزنبيرج» (١٩٦٥) (وهو مقياس مختصر يتكون من ١٤ بندا) لا يتجاوبون بدرجة كبيرة مع العلاج النفسى . ووجد أيضاً أن التشويه فى الاتجاهات قبل العلاج يعتبر مؤشراً للتجاوب النفسى مع العلاج ، فقد تبين أن المرضى الذين يشكون من تشويه حاد فى الاتجاهات كانوا أفضل فى الاستجابة للعلاج المعرفى السلوكى ، والعلاج النفسى التفاعلى (Fairburn et al., in press) . ومن الصعب تفسير هذه النتائج ، والتى تحتاج إلى تكرار الدراسة مع عينة أكبر من المرضى ، ولكنها متطابقة مع دراسة «والش» وزملائه (Walsh et al. (1991 ؛ حيث وجد أن المرضى الذين تجاوبوا مع علاج الديسيبرامين حصلوا على نتائج أفضل فى استبيان شكل الجسم ، مقارنة بغير المتجاوبين مع العلاج .

ولم يظهر متغير آخر أى نتائج مهمة . وقد أصبح مع المعروف إكلينيكيا أن ظهور الاضطرابات الشخصية خاصة الشخصية الحدية [١] ، يميز نوعية فرعية من المرضى ، والذين من الصعب علاجهم ، ولا يتجاوبون للعلاج المعرفى السلوكى (Johnson, Tobin, & Dennis, 1990) . وعدد قليل من مرضى الشره العصبى دائماً ما يتم تشخيصهم باضطراب فى الشخصية . وترى البيانات المأخوذة من دراسة أجريت مؤخراً فى ستانفورد أن المرضى الذين يشكون من اضطرابات فى الشخصية ؛ خاصة خصائص مجموعة B يتعاملون بشكل ردئ مع العلاج المعرفى السلوكى (Rossiter, Agras, Telch, & Schneider, 1993) . ويتسق مع ذلك نتائج الدراسة الخاصة بفيربورن وزملائه (فى الطباعة) ، والتى تتطابق مع هذه البيانات ، وهى لمتابعة المرضى لمدة سنة واحدة ، وأثبتت أن المرضى الذين انسحبوا من الدراسة حصلوا على معدلات مرتفعة فى استخبار تشخيص الشخصية[٢] (Hyler, Rieder, Spitzer, & Williams, 1978) ، مقارنة بالمرضى الذين استمروا فى محاولة العلاج .

على النقيض من ذلك ، أشار «أميس فرانكل» وآخرون Ames-Frankel et al. (1992) إلى وجود علاقة إيجابية بين معدلات المجموعة B والتحسن فى علاج الشره العصبى بالديسيبرامين . والمشكلة فى تقييم الدور الذى تلعبه اضطرابات الشخصية فى علاج الشره العصبى ، هو النتيجة الثابتة أن هذه الاضطرابات غالباً ما تختفى بعد العلاج الناجح لاضطراب الأكل (Ames-Frankel et al., 1992; Garner et al., 1990) . ومن جهة أخرى ، فإن تأثير الحالة والسمة فى مقاييس اضطرابات الشخصية يظل مبهماً .

كان التاريخ السابق لفقدان الشهية العصبى عاملا قويا وسلبيا فى مآل الاضطراب ، وظهر ذلك فى دراسة «جارنر» وزملائه Garner et al. (1993) . ولكن لم تتكرر هذه النتيجة فى دراسة كل من فيربورن وزملاؤه Fairburn et al. (1991) ، ولا فى دراسة والش وزملاؤه Walsh et al. (1991) التى تناولت العلاج النفسى والدوائى على التوالى . وهناك أيضا نتائج متناقضة متعلقة بتكرار الإفراط فى الأكل والشرب فى مرحلة ما قبل العلاج فى دراسة واحدة ، أجراها

(1) Borderline personality .

(2) Personality Diagnostic Questionnaire .

«جارنر» وزملاؤه (Garner et al., 1990) ، والتى تعتبر نتائج إيجابية ، فى حين تظهـر دراسـات أخـرى نتـائج سلبـيـة (Fairburn et al., 1991; Wilson & Eldredge, 1991) . وهناك ثلاث متغيرات أخرى ، يمكن أن يفترض أنها تتنبأ بالنتائج ، ولكنها فشلت فى التوصل إلى ذلك ، وهى : مدة الاضطراب (Fairburn et al., in press) ، ودرجـة الاكـتـئـاب فى مـرحلة مـا قـبل العـلاج (Agras, Dorian, Kirkly. Artnow, & Bachman, 1987; Walsh et al., 1988) والتاريخ السابق لسوء استعمال العقاقير المنشطة نفسياً (Mitchell, Pyle, Eckert, Hatsukami, & Soll, 1990; Stasser, Pike, & Walsh, 1992) . ومن الشائع أن نجد ارتباطاً بين سوء استعمال العقاقير المنشطة نفسيا واضطرابات الأكل ، ولم تشمل مراحل العلاج المضبوطة مثل هؤلاء المرضى . ويجب على المعالج فى العيادات الإكلينيكية أن يحدد ما إذا كان عليه أن يعالج كلا الاضطرابين بشكل متـواصل ، أو أن يتـتـابع العـلاج (أنظر Wilson 1993 d) ، ونحن نوصى أنه لو كان سوء استعمال العقاقير المنشطة نفسيا حاداً وسيئاً ، فيجب علاجه أولاً .

ولا توجد أيضا معلومات كـافيـة عن مؤشرات الانتكاس للاضطراب بعد العلاج الناجح . ومـؤشـر رئيسى للعـلاج المعرفى السلوكى للشره العـصـبى ، هو الحفاظ على التغيرات التى نتجت عن العلاج ، ومن بينها : التخلص من الخلل فى الاتجاهات نحو شكل ووزن الجسم فى نهاية العلاج . وقد أكد اختبار مبدئى هذا التنبؤ ، وقلل من أهمية تعديل الاتجاهات المرضية نحو الشكل والوزن (Fairburn et al., in press) .

خلاصة وتوصيات

يمكن علاج الشره العصبى ونوبات اغتراف الطعام عند المرضى البدناء بشكل فعال . وعند الأخذ بعين الاعتبار الدلائل المتوفرة من نتائج الدراسات بشكل عـام ، يبـدو أن العـلاج المعـرفى السلوكى أكـثـر أنواع العـلاج فـاعليـة . ولكنه فى الغالب غير كاف ، فهو فعال مع بعض المرضى ، وينتج عنه بعض التحسن فقط عند البـعض الآخـر . وأقل من ٥٠٪ من مـرضى الشره العـصـبى تم عـلاجـهم باستخدام العلاج المعرفى السلوكى ، واختفت عندهم الأعراض المسببة للمرض بشكل تام . وربما يعتبر الشره العصبى مرض متعدد الأوجه ؛ بحيث لا يوجد له نوع واحد من العلاج ، ولسوء الحظ لم نصل للمستوى الذى يمكننا من أن نقارن

أنواع العلاج لمجموعات المرضى لعدم وجود بيانات متعلقة بمؤشرات نتائج العلاج . وبالتالى بينما هناك دليل يشير إلى أن العلاج المعرفى السلوكى أقل فاعلية مع المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية ، فإنه ليس هناك نوع آخر من العلاج ، الذى أثبت فاعلية أكبر ، كما هو مقترح بواسطة «جونسون» وزملائه (Johnson et al., 1990) .

لهذا نوصى أن يكون العلاج المعرفى السلوكى العلاج المناسب للشره العصبى لثلاثة أسباب : (١) فقد أظهر أنه على القدر نفسه من الفاعلية ، إن لم يكن أكثر فاعلية مقارنة بأى نوع من العلاج النفسى أو الدوائى ؛ (٢) يعتبر العلاج المعرفى السلوكى علاجاً قصير نسبيا وبالتالى فهو علاج فعال ؛ (٣) تم وصفه بالتفصيل فى دليل العلاج ؛ مما يجعله متوافراً بشكل واسع للإكلينيكيين ، حتى وإن لم يتدربوا عليه بشكل خاص .

وعند الأخذ بعين الاعتبار القيود المتعلقة بالعلاج المعرفى السلوكى ، يجب العمل على تطوير الطرق البديلة من العلاج للذين لا يتجاوبون . ويعتبر العلاج النفسى التفاعلى[1] طريقة واعدة من العلاج ، ولكنه يحتاج إلى المزيد من الدراسة . حيث إنه يبدو – مقارنة بالعلاج المعرفى السلوكى – متساو معه فى الفعالية طويلة المدى عند المرضى الذين يشكون من الشره العصبى (Fairburn, Jones, et al., 1993) والبدناء المفرطين فى الأكل والشرب (Wilfley et al., 1993) ، ولكنه أظهر تحسناً عند المرضى الذين يشكون من السكرى والشره العصبى ، والذين فشلوا فى التعامل مع العلاج المعرفى السلوكى (Peveler & Fairburn, 1992) . ولا يبدو أن العقاقير المضادة للاكتئاب ستنجح فى حال فشل العلاج المعرفى السلوكى ، ولكن عقاقير مثل الفلوكستين يوصى بها لعلاج الأمراض النفسية المرتبطة مثل الاكتئاب ، الذى يمكن أن يعرقل تحسن اضطراب الأكل . الاختيار الأخير إذا فشل العلاج المعرفى السلوكى لمرضى العيادة الخارجية هو اقتراح يوم علاجى كامل بالمستشفى أو الدخول الكامل للمستشفى ؛ وللعلاج المباشر والمركز للعادات غير المنتظمة للأكل لدى المريض ؛ حيث يمكن أن يتم تنظيم استهلاك الأكل ، ويمكن منع نوبات اغتراف الطعام والتقيؤ فى وجود هذا الوضع المقنن . ويعتبر العلاج اليومى فى المستشفى مفضلاً؛ لأنه غير مكلف

---

(1) Interpersonal Psychotherapy .

مـادياً ، ولا يـحـرم المريض تماماً من المواقف الاجـتـمـاعـيـة الـنفـسـيـة المرتبطة بالإفراط فى الأكل والشرب والتقيؤ (Piran & Kaplan, 1990) .

أخيـراً ، يجب أن نلاحظ أن النوع المركز من العلاج النفسى مثل العلاج المعرفى السلوكى (أو العلاج النفسى التفاعلى) ليس ضرورياً دائماً ؛ إذ يستجيب بعض الأفراد الذين يشكون من الشره العصبى بشكل واضح مع المنحى التعليمى المقنن ، الذى يجرى فى المواقف الجماعية[1] (Olmsted et al., 1991) . وهذا النوع من البرامج غير المكلفة يبدو أنه مناسب للأفراد الذين يتفاعلون بشكل جيد دون تعقيدات الإصابة بالأمراض النفسية . ومن المناسب أن يقدم مركز العلاج برنامجاً مبنياً على العناية المتتابعة ؛ حيث يبدأ المرضى بتلقى العلاج غير المكلف، يتبعه برنامجا علاجى مركز ، إذا ثبت فشل استجابتهم للعلاج الأولى . (Fairbun et al., 1992)

(1) Group Setting

REFERENCES

Agras, W. S., Dorian, B., Kirkley, B. G., Artnow, B., & Bachman, J. (1987). Imipramine in the treatment of bulimia: A double-blind controlled study. *International Journal of Eating Disorders, 6,* 29 - 38.

Agras, W. S., Schneider, J. A., Arnow, B., Raeburn, S. D., & Telch, C. F. (1989). Cognitive-behavioral treatment with and without exposure plus response prevention in the treatment of bulimia nervosa: A reply to Leitenberg and Rosen. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 778 - 779.

Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnow, B., Schneider, J. A., Telch, C. F., Raeburn. S. D., Bruce, B., Perl, M., & Koran, L. M. (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. *American Journal of Psychiatry, 149,* 82 - 87.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author

American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3/1/93.* Washington, DC: Author.

Ames-Frankel, J., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Strasser, T. J., Sadik, C., Oldham, J., & Roose, S. P. (1992). Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: Clinical correlates and changes with treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 53,* 90 - 96.

Andersen, A. (Ed.). (1990). *Males with eating disorders.* New York: Brunner / Mazel.

Attie, I., & Brooks-Gunn, J. (1989).Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology, 25,* 70 - 79 .

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Beglin, S. J., & Fairburn, C. G., (1992). What is meant by the term "binge"? *American Journal of Psychiatry 149,* 123 - 124 .

Blundell, J. E. (1990). How culture undermins the biopsychological system of appetite control. *Appetite, 14,* 113 - 115.

Booth, D. A., Lewis, V. J., & Blair, A. J. (1990). Dietary restraint and binge eating:Pseudo-quantitative anthropology for a medicalized problem habit? *Appetite, 14,* 116 - 119.

Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1993). Confusion over the "core psychopathology" of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 13,* 385 - 390.

Cooper, P. J., Tayor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987).

The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 6,* 485 - 494.

Craighead, L. W., & Agras, W. S. (1991). Mechanisms of action in cognitive-behavioral and pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 115 - 125.

DaCosta, M., & Halmi, K. A. (1992). Classification of anorexia nervosa: Question of subtypes. *International Journal of Eating Disorders, 11,* 305 - 314.

Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 160 - 192). New York: Guolford Press.

Fairburn, C. G., Agras, W. S., & Wilson, G. T. (1992). The research on the treatment of bulimia nervosa: Practical and theoretical implications. In G. H. Anderson & S. H. Kennedy (Eds.), *The biology of feast and famine: Relevance to eating disorders* (pp. 318 - 340). New York: Academic Press.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 147,* 401 - 408.

Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th edition). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317 - 360). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Hones, R., Peveler, R. C., Carr, S., Solomon, R., O'Connor, M. E., & Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry, 48,* 463 - 469.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. E. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: The long-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 50,* 419 - 428.

Fairburn, C. G., Kirk, J., O'Connor, M., Anastasiades, P., &Cooper, P. J. (1987). Prognostic factors in bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 26,* 223 - 224.

Fairburn, C. G., Kirk, J., O'Connor, M., & Cooper, P. J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 24, 629 - 643.*

Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioural therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assess-*

ment, and treatment (pp. 361 - 404). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Peveler, R. C., Jones, R., Hope, R. A., & Doll, H. (in press). Predictors of 12 - month outcome in bulimia nervosa and the influerce of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Fairburn, C. G., & Wilson, G. T (Eds.). (1993). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.

Fichter, M. M., & Hoffman, R. (1990). Bulimia (nervosa) in the male, In M. M. Fichter (Ed.), *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy* (pp. 99 - 111). Chichester, England: Wiley.

Garner, D. M. (1993). Binge eating in anorexia nervosa. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 50 - 76). New York: Guilford Press.

Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory* - 2 Odessa. FL: Psychological Assessment Resources.

Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 107 - 146). New York: Guilford Press.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (Eds.), (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* . New York: Guilford Press.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Davis, R., Rockert, W., Goldbloom, D., & Eagle, M. (1990). The association between bulimic symptoms and reported psychopathology. *International Journal of Eating Disorders, 9*, 1 - 15.

Garner, D. M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M. V., Oldsted, M. P., & Eagle, M. (1993). A comparison between cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Amermcan Journal of Psychiatry, 150*, 37 - 46.

Garner, D. M., Shafer, C. L., Rosen, L. W. (1992). Critical appraisal of the DSM-III-R diagnostic criteria for eating disorders. In S. R. Hooper, G. W. Hynd, & R. E. Mattison (Eds.), *Child psychopathology, diagnostic criteria and clinical assessment* (pp. 261 - 302). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors, 7*, 47 - 55.

Holon, S. D., DeRubeis, R. J., & Evans, M. D. (1987). Causal mediation of change in treatment for depression: Discriminating between nonspecificity and noncausality. *Psychological Bulletin, 102*, 139 - 149.

Hsu, L. K. G. (1990). *Eating disorders.* New York: Guilford Press.

Humphrey, L. L. (1987). A comparison of bulimic-anorexic and non-distressed families using structural analysis of social behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26,* 248 - 255.

Humphrey, L. L. (1988). Relationships within subtypes of anorexic, bulimic, and normal families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27,* 544 - 551.

Hyler, S. E., Rieder, R. O., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1978). *Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ).* New York: New York State Psychiatric Institute.

Johnson, C., Tobin, D. L., & Enright, A. (1989). Prevalence and clinical characteristics of borderline patients in an eating-disordered population. *Journal of Clinical Psychiatry, 50,* 9 - 15.

Johnson, C., Tobin, D. L., & Dennis, A. (1990). Differences in treatment outcome between borderline and nonborderline bulimics at one-year follow-up. *International Journal of Eating Disorders, 9,* 617 - 627.

kassett, J. A., Gershon, E. S., Maxwell, M. E., Guroff, J. J., Kazuba, D. M., Smith, A. L., Brandt, H. A., & Jimerson, D. C. (1989). Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 146,* 1468 - 1471.

Kendler, K. S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 148,* 1627 - 37.

Kirkley, B. G., Schneider, J. A., Agras, W. S., & Bachman, J. A. (1985). Comparison of two group treatments for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,* 43 - 48.

Laessle, R. G., Beumont, P. J. V., Butow, P., Lenneris, W., O'Connor, M., Pirke, K. M., Touyz, S. W., & Waadi, S. (1991). A comparison of nutritional management and stress management in the treatment of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 159,* 250 - 261 .

Laessle, R. G., Wittchen, H. U. Fichter, M. M., & Pirke, K. M. (1989). The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: Lifetime frequency of psychiatric disorders. *International Journal of Eating Disorders, 8,* 569 - 574.

Leitenberg, H, Rosen, J. C., Wolf, J., Vara, L. S., Detzer, M. J., & Srebnik, D. (1992). Comparison of cogintive-behaveor therapy and desipramine in the treatment of bulimia nervosa. Unpublished manuscript, University of Vermont.

Loeb, K., Walsh, T. B., & Pike, K. M. (1992, April 24). The assessment of bulimia nervosa. Paper presented at the Fifth International Conference on Eating Disorder, New York.

Marcus, M. D. (1993). Binge eating in obesity. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Natuer, assessment, and treatment* (pp. 77 - 96). New York: Guilford Press.

Marcus, M. D., Smith, D., Santelli, R., & Kaye, W. (1992). Characterization of eating-disordered behavior in obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders, 12*, 249 - 256.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention.* New York.: Guilford Press.

Mitchell, J. E., & de Zwaan, M. (1993). Pharmacological treatments of binge eating. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 250 - 269). New York.: Guilford Press.

Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Eckert, E. D., Hatsukami, D., Pomeroy, C., & Zimmerman, R. (1990). A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 47*, 149 - 157.

Mitchell, J. E., Pyle, R., Echert, E. D., Hatsukami, D., & Soll, E. (1990). The influence of prior alcohol and abuse problems on bulimia nervosa treatment outcome. *Addictive Behaviors, 15*, 169 - 173.

O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1987). *Behavior therapy: Application and outcome* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Olmsted, M. P., Davis, R., Garner, D. M., Eagle, M., Rockert, W., & Irvine, M. J. (1991). Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behaviour Resarch and Therapy, 29*, 71 - 84.

Patton, G. C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. H., Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls - a prospective epidemilolgical study: Outcome at twelve month follow-up. *Psychlolgical Medicine, 20*, 383 - 394 .

Peveler, R. C., & Fairburn, C. G. (1992). The treatment of bulimia nervosa in patients diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders, 11*, 45 - 54.

Pike, K. M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 198-204 .

Piran, N., & Kaplan, A. S. (1990). *A day hospital group treatment program for anorexia nervosa and bulimia nervosa.* New York: Brunner / Mazel.

Polivy, J. M., & Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In C. G. Fairburn & G.

T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 173 - 205). New York: Guilford Press.

Pyle, R. L., Mitchell, J. E., Eckert, E. D., Hatsukami, D., Pomeroy, C., & Zimmerman, R. (1990). Maintenance treatment and 6- month outcome for bulimic patients who respond to initial treatment. *American Journal of Psychiatry, 147,* 871 - 875 .

Rosen, J. C., Vara, L., Wendt. S., & Leitenberg, H. (1990). Validity studies of the Eating Disorder Examination. *Behavior Therapy, 9,* 519 - 528 .

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rossiter, E. M., & Agras, W. A. (1990). An empirical test of DSM-III-R definition of binge. *International Journal of Eating Disorders, 9,* 513 - 518.

Rossiter, E. M., Agras, W. S., Losch, M., & Telch, C. F. (1988). Dietary restraint of bulimic subjects following cognitive-behavioral of pharmacological treatment. *Behaviour Research and Therapy, 26,* 495 - 498.

Rossiter, E. M., Agras, W. S., Telch, E. F., & Schneider, J. A. (1993). Cluster-B personality disorder characteritics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 13,* 349 - 358.

Schwalberg, M. D., Barlow, D. H., Alger, S. A., & Howard, L. J. (1992). A comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disoder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 675 - 681 .

Spitzer, R. L., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A. J., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, W. S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: To be of not to be in DSM-IV?*International Journal of Eating Disorders, 10,* 627 - 630.

Strasser, T. J., Pike, K. M., & Walsh, B. T. (1992). The impact of prior substance abuse on treatment outcome for bulimia nervosa. *Addictive Behaviors, 17,* 387 - 393.

Striegel-Moore, R. H. (1993). Etiolog of binge eating: A developmental perspective. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 144 - 172). New York: Guilford Press.

Striegel-Moore, R. H. Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist, 41,* 146 - 163 .

Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The Three Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research, 29,* 71

- 83 .

Telch, C. F., Agras, W. S., Rossiter, E. M., Wilfley, D., & Kenardy, J. (1990). Group cognitive-behavioral treatment for the non-Purging bulimic: An initial evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 629 - 635.

Walsh, B. T. (1991). fluoxetine treatment of bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research, 35,* 471 - 475 .

Walsh, B. T., Gladis, M., Roose, S. P., Stewart, J. W., Stetner, F., & Glassman, A. H. (1988). Phenelzine vs placebo in 50 patients with bulimia. *Archives of General Psychiatry, 45,* 471 - 475.

Walsh, B. T., Hadigan, C. M., Devlin, M. J., Gladis, M., & Roose, S. P. (1991). Long-term outcome of antidepressant treatment for bulilia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 148,* 1206- 1212.

Wilfley, D. E., Agras, W. S., Telch, C. F., Rossiter, E. M., Schneider, J. A., Cole, A. G., Sifford, L., & Raeburn, S. D. (1993). Group CBT and group interpersonal psychotherapy for non-bingeing bulimics: A controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 296 - 305.

Wilson, G. T. (1989). A manual for cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa. Unpublished manuscript, Rutgers University.

Wilson, G. T. (1993a). Psychological and pharmacological treatment of bulimia nervosa: A research update. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives, 2,* 35- 42 .

Wilson, G. T. (1993b). Short-term psychological benefits and adverse effects of weight loss. *Annals of Internal Medicine.*

Wilson, G. T. (1993c). Assessment of binge eating. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 227 - 249). New York: Guilford Press.

Wilson, G. T. (1993d). Binge eating and addictive behaviors. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 97 - 120). New York: Guilford Press.

Wilson, G. T., & Eldredge, K. L. (1991). Frequency of binge eating in bulimic patients: Diagnostic validity. *International Journal of Eating Disorders, 10,* 557 - 561.

Wilson, G. T., Eldredge, K. L., Smith, D., & Niles, B. (1991). Cognitive-behavioral treatment with and without response prevention for bulimia. *Behaviour Research and Therapy, 29,* 575 - 583.

Wilson, G. T., & Fairburn, C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 261 - 269.

Wilson, G. T., Nonas, K. A., & Rosenblum, G. D. (1993). As-

sessment of binge eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders, 13,* 25 - 39.

Wilson, G. T., & Smith, D. (1989). Assessment of bulimia nervosa: An evaluation of the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders, 8,* 173 - 179.

الفصل الثامن

السمنة

الفصل الثامن

السمنة Obosity

كيلى د. براونيل

Kelly D. Brownell

جامعة ييل

باتريك ماهلن أونيل

Patrick Mahlen O. Neil

الجامعة الطبية لجنوب

كارولينا – شارلستون

ترجمة

دكتور جمعة سيد يوسف

قسم علم النفس جامعة القاهرة

برغم التطورات السريعة فى معرفتنا ، فإن هناك مجالات قليلة هى التى أحدثت تغييراً جوهرياً فى تفكير الخاص بالسمنة . وبالطبع، فإن السمنة من الخطورة بما يجعلها ترتبط بالعوامل المهيئة لأمراض القلب الجوهرية ، وهى إحدى المشكلات الأكثر شيوعاً والتى تواجه المتخصصين فى هذا البلد . وبرغم ذلك ، فإن المشكلات التى حظيت بالتجاهل هى تلك المشكلات النفسية الجوهرية المترتبة على السمنة. ويقدم إثنان من الخبراء الرواد فى العالم آخر النتائج العلمية فى هذه المشكلة شديدة الصعوبة وتشمل الإجابات عن كل الأسئلة المهمة ، من هم الذين يعانون من السمنة ؟

وفى سياق ذلك الجانب من المناقشة الفنية لأسباب السمنة وقيمة النظام الغذائى ، يقدم براونيل وأونيل نموذجاً تصورياً للفحص والعلاج التى توضح الأدوار التكاملية للمصادر المتعددة المتاحة للتعامل مع السمنة فى مجتمعنا . ويقدم المؤلفان أيضاً معلومات

قيّمة عن الأهمية النسبية لمثل هذه المصادر مثل جماعات المساعدة الذاتية ، والبرامج التجارية لإنقاص الوزن ، والإجراءات الطبية الدرامية (مثل : الجراحة) . وفى خضم الموجة التجارية التى تسود هذا المجال، يقدم المؤلفان موجزاً تفصيلياً لأحد المناحى مع فرصة جيدة لتحقيق النجاح طويل المدى . ويشمل هذا المنحى شبكة من الأساليب والإجراءات التى تضم وضع اهداف واقعية وتغيير السلوك والاتجاهات لتؤدى إلى تغيير جوهرى ومستمر لأسلوب الحياة . وقد تم أيضاح الجانب الإبداعى المتضمن فى إنجاز هذه الأهداف الصعبة مع أمثلة وصور عديدة ومفيدة .

د . هـ . ب

نظرة عامة

تعتبر السمنة – من منظور الصحة العامة وبالنسبة للأفراد المتأثرين بها – مشكلة رئيسية (Brownell & Wadden, 1992) . وإذا استخدمنا محك الـ ٢٠٪ زيادة فى الوزن ، وهى النقطة التى تزداد عندها المخاطر الصحية ، سنجد أن ٢٤٪ من الرجال ، و٢٧٪ من النساء فى الولايات المتحدة مصابون بالسمنة . وقد تضاعف انتشار السمنة منذ عام ١٩٠٠م وتزايد حتى فى السنوات الحديثة .

وتنطوى هذه الاشكال على معدلات مرتفعة من السمنة لدى بعض قطاعات الجمهور العام – بوجه خاص – . ويزداد انتشار السمنة مع تقدم العمر ، خاصة لدى الإناث ، وهى مرتفعة لدى جماعات الإقليات والمحرومة إقتصادياً . ويلاحظ ڤان إيتالى Van Itallie (1985) أنه عندما تتضافر هذه العوامل معاً – كما هو فى حالة النساء السود اللائى تتراوح أعمارهن بين ٤٥ – ٧٥ ، ترتفع النسبة إلى ٦٠٪ .

وتنطوى السمنة على عوامل تعرض جوهرية بالنسبة للأمراض الخطيرة . وبالنسبة للأفراد ذوى الوزن الزائد تزاد مخاطر التعرض لضغط الدم ، والسكر ، وأمراض القلب ، وبعض أنواع السرطان (Pi-Sunyer, 1991) . وتذكر بعض الدراسات أن خطر التعرض يبدأ فى التزايد بمجرد حدوث ٥٪ زيادة فى الوزن (Manson et al., 1990) وليس هناك شك فى أن الفـرد الذى لديه من ٢٠ – ٣٠٪ أو أكثر زيادة فى الوزن ينتمى إلى المجموعات الهشة (الأكثر تعرضا) .

كذلك فإن موضع شحوم الجسم مهمة . ويعتبر توزيع الدهون فى الجزء الأعلى من الجسم ، خاصة الدهون المخزنة فى التجويف البطنى الداخلى ، منطوياً على عوامل خطورة أكبر من الدهون المخزنة فى الجزء الأسفل من الجسم (Sjostrom, 1992) .

دورة الوزن :

بدأ العمل حول دورة الوزن بافتراض أن الجسم يحمى نفسه ضد التهديدات لطاقته بابطاء فقدان الوزن وتطوير استعادته بالريجيم التدريجى (Brownell, Greenwood, Stellar, & Shrager, 1986) .

وتنقسم البحوث فى هذا الموضوع بين الدراسات التى تثبت تأثير هذه الدروة والأخرى التى لا ترى لها تأثيراً (Brownell & Rodin, 1993; Wing, 1992) وليس من الممكن القول ، فى ضوء المعرفة الراهنة ، أن دورة الوزن تؤثر أو لا تؤثر فى فقدان الوزن اللاحق .

وقد فحص العمل الحالى ما إذا كانت دورة الوزن ترتبط بمترتبات صحية سلبية أم لا . وأوضحت عدة دراسات وجود ارتباطات جوهرية – لدى كل من الرجال والنساء – بين تباين وزن الجسم ومخاطر التعرض لأسباب الوفاة ، والوفاة الناتجة عن أمراض القلب (Blair, Shaten, Brownell, Collins & Lissner in Press, Lissner et al., 1991) وتقلل هذه البيانات من أهمية المحافظة على الوزن .

معني زيادة الوزن في الحضارة الحديثة

إن الضغوط المتعلقة بالرغبة فى النحافة فى ثقافتنا شديدة وصارمة . فالأفراد يتذكرون بشكل متكرر من خلال التلفزيون ، والمجلات ، ولوحات الإعلانات والمناقشة العامة بأن شكل الجسم المثالى هو النحافة المفرطة . ويتمثل الأطفال ذلك ، ويعترفون فى عمر مبكر بإن زيادة الوزن أمر غير مرغوب . وينظر البعض إلى أجسامهم كمصدر للإنزعاج والعار .

وتوضح حالة كاثرين Catherine هذه النقطة . كاثرين سكرتيرة بيضاء تبلغ من العمر ٣٦ عاماً ، تزن ١٨٠ رطلاً وطولها ٥,٦ بوصة . وهى جذابة تماماً وأنيقة المظهر والملبس . وكان العديد من المتخصصين يبدون دهشتهم لأن وزنها

كان زائداً كما يتضح من الميزان . وقد بدأت كاثرين العلاج حديثاً وأثناء مناقشة جماعية مع المعالج حول مشاعرها فيما يتعلق بالوزن الزائد أصبحت كاثرين هادئة بشكل غير متوقع .

المعالج : كاثرين ، هل لديك أى خبرة بمشاعر الحرج الناجمة عن وزنك ؟

كاثرين : أنا أحاول ألا أسمح لنفسى الدخول فى هذه المواقف عندما أشعر بهذه الطريقة .

المعالج : هل تعنين أنك تتجنبين فعل الأشياء التى تجعل جسمك أكثر بروزاً ؟

كاثرين : إذا كنت تعنى أشياء من قبيل الذهاب للشاطئ ، بالطبع ، أنا لا أحب ذلك، ولم أفعل ذلك منذ وصل وزنى إلى ١٣٠ رطلا .

المعالج : وماذا عن الأماكن الأخرى ؟

كاثرين : أنا حقيقة لا أحب أن أذهب لأى مكان يتوجب علىّ الذهاب إليه عندما أكون بدينة ، وزوجى دائماً يشتكى من ذلك .

المعالج : هل تستطيعين اعطاءنا أمثلة حديثة ؟

كاثرين : الأسبوع الماضى ، حدثت بيننا مشادة لأننى لم أكن أرغب فى الذهاب معه إلى مباراة إبننا فى كرة القدم . وكان متذمراً من ذهابه للحفلات بمفرده .

المعالج : أنتى لا تذهبين للحفلات ؟

كاثرين : آخر حفلة ذهبت إليها كانت من أربع سنوات ، وكنت طوال ذلك أشعر بالخزى ، لأننى كنت أعرف كم أنا بدينة وأن كل شخص يمكن أن يرى كم أنا بدينة . إنه لشئ سئ بالنسبة للأفراد الذين عرفونى قبل أن يزداد وزنى لهذه الدرجة .

المعالج : هل صدر عن هؤلاء الناس تعليقات على وزنك .

كاثرين : لا ، الناس كانوا شديدى الأدب فلم يفعلوا ذلك . لكنهم أخبرونى بالفعل كم أنا لطيفة . ولكنك تعرف إن الناس قد يقولون شيئاً ويعنون شيئاً غيره . وبعد تلك الليلة التى بدت فيها بدانتى ، قررت أن أمكث فى البيت قدر استطاعتى حتى أفقد الزيادة فى وزنى .

المعالج : هل سبب تجنب تلك المواقف الاجتماعية لكى المشاكل ؟

كاثرين : كما قلت ، زوجى فقد صبره معى . وفى الأسبوع الماضى أنا .. (تبكى) أنا علمت أن والدى مصاب بالسرطان . إنه يبعد عنى ٢٠٠ ميل ، لكنى لم أذهب لأراه على مدى ثلاث سنوات ، لأننى لا أريده أن يرانى على هذه الحالة ، والآن أنا أفكر لو أن وزنى لم يزد بهذا الشكل لما أضعت هذه السنوات بدونه .

لو أن الثقافة تنظر إلى الاختلافات فى وزن الجسم باعتبارها تبايناً بيولوجياً طبيعياً كما هو الحال فى لون الشعر ، والطول ، لما كانت التباينات بين المثالى والواقعى أساس لمثل هذا الكرب . هذه ليست هى الحالة فيما يخص وزن الجسم فالتباينات يمكن أن تكون مزعجة فعلاً ، والسبب هو أن المجتمع يضفى معنى إضافياً على وزن وشكل الجسم . وكما أشارت المناقشة التالية بين المعالج والمسترشدين (مسترشد ١ ، ومسترشد ٢) فى جماعة ، فإن العديد من العملاء يشعرون أن السمنة لها تأثير لا يتغير على حياتهم .

المعالج : ذكر شخص ما مدى الإزعاج الذى تسببه البدانة . كيف تفكر فى هذه المشكلة مقارنة بالمشكلات الأخرى ؟

مسترشد ١ : بعض الأحيان أعتقد أنها ليست بهذه الدرجة من السوء . ولكن فى أحيانٍ أخرى أعتقد أنه ليس لدى أى مشكلة أخرى سواها . لدى صديق مكتئب ، لكننى أنا مكتئب بسبب وزنى .

مسترشد ٢ : كم تمنيت لو أننى مدمنة خمور أو مخدرات ولست بدينة . أننى أفكر فيها طوال الوقت وأكره نفسى لأننى وصلت لهذه الحالة .

المعالج : هل هذا حقيقى يا سالى ، هل تتمنين لو كنتى مدمنة خمور عما لو كنتى بدينة ؟ إنها عبارة خطيرة .

مسترشد ٢ : يبدو فى بعض الأحيان أننى لا أستطيع التحول إلى أى شئ ولو ضئيل بدلاً من كراهية نفسى . أرغب فى فعل أى شئ للتخلص من هذا الجسم البدين .

إن ضغط الرغبة فى النحافة ، برغم أنه يبدو كشئ ثابت وموجود فى كل مكان ، يتضاءل بشكل غير متجانس لدى العديد من الجماعات السكانية . على

سبيل المثال ، تظهر النساء عدم رضا كبير عن أوزانهن مقارنة بالرجال (Fallon & Rozin, 1985) بالاضافة لذلك فإن عدم الرضا عن الجسم لا يعكس انتشار السمنة . وبرغم المعدلات المرتفعة من السمنة لدى النساء السود عنه لدى النساء البيض فإن الاحتمال إن النساء السود لا يرين أنفسهن كبدينات (Kumanyika, 1987) .

إن البحث عن أو الحصول على «الجسم الممشوق» Perfect body يمثل خصائص مهمة فى مجتمعنا (Barsky, 1988; Brownell, 1991; Glassner, 1988; Rodin, 1992) إنه يدل على السيطرة على الشهوات ، وإرجاء الإشباع ، والعناية بالمظهر والصحة ، والخصال الشخصية الأخرى التى تعتبر مهمة . امتلاك البعض لجسم غير ممشوق (معيب) لهو شهادة واضحة حول الآخرين ذوى الإرادة الضعيفة ، ونقص الجسم ، والسلوك الكسول والأرعن وغياب التحكم . وبوجود هذه القيم الثقافية ، من المنطقى الاعتقاد بأن المجتمع سوف يستجيب سلبياً لأولئك الذين يفشلون فى استيفاء المعايير السائدة ، وسوف يعانى هؤلاء الأفراد من هذه الاستجابة على كل من المستوى الاجتماعى والنفسى .

المعاناة الاجتماعية والنفسية :

أوضح العديد من الدراسات التحيز والأفكار النمطية حول الاشخاص المصابين بالسمنة ، فالأفراد الذين قاموا بتقدير الصور أو الأوصاف للمصابين بالسمنة وذوى البنية الهزيلة ألصقوا خصائص سلبية بالأشخاص المصابين بالسمنة مستخدمين صفات من قبيل : كسول ، قذر (مهمل) ويفتقد للقدرة على التحكم . وكان ذلك صادقاً حتى عندما قام بعملية التقدير أطفال صغار . وقد قرر الأطفال أن الأشخاص ذوى الإعاقات الجسدية والمشوهين باعتبارهم محبوبين أكثر من الأطفال المصابين بالسمنة .

وبرغم نقص التوثيق (الدليل) يبدو أن تلك الاتجاهات السلبية تلعب دوراً فى حدوث التحيز، والذى يمكن أن يؤثر بدوره فى العوامل الخاصة بقرارات التوظيف (التشغيل) . فصاحب العمل –على سبيل المثال – الذى يعتبر المظهر أمر مهم قد يرفض متقدماً لوظيفة لإصابته بالسمنة رغم مؤهلاته وقد رفض المراهقون المشاركة فى فريق المشى أو جماعات التشجيع (الهتاف) بسبب معايير الوزن . وقد امتلأت المحاكم بالعديد من الأشخاص المصابين بالسمنة الذى يدعون أنهم لم يحصلوا على وظيفة ، أو إجبروا على ترك العمل ، أو رفضوا الاشتراك

فى نشاط ما بسبب أوزانهم . وبعض هذه الحالات أنهكتها هذه الشكاوى .

إن اتجاهات المجتمع تجاه السمنة انعكست فى اتجاهات الأشخاص ذوى الوزن الزائد أنفسهم . وفى المواقف الأكلينيكية ، نسمع عبارات باخسة للذات (تحقير الذات) من الأشخاص الذين يعانون من كرب شديد ، ولديهم مفهوم مشوه عن الذات والذين يشعرون باليأس الذى لا يستطيعون الفرار منه لمدة يوم أو حتى لساعات قليلة . وقد تم وصف الطبيعة الشديدة والقاسية لهذا اليأس فى كتابات قدمها ميلمان (1980) Millman وجاسبر (1992) Jasper ويتعلق الجدل الشيق الموجود فى مجال السمنة بالمصاحبات السلوكية للسمنة ؛ فالانطباع الاكلينيكى والأدبيات الخاصة بالموضوع متناقضان . ومعظم الدراسات التى تفحص العوامل السيكولوجية تقارن المجموعات من المصابين وغير المصابين بالسمنة . وقد دفعت النتائج غير المتسقة بين الدراسات المؤلفين لأن يخلصوا إلى أن السمنة لا تزيد من مخاطر التعرض للمشكلات النفسية (Leon & Roth, 1977; O'Neil & Jarrell, 1992; Stunkard & Wadden, 1992; Wadden & Stunkard, 1985) .

وقد تناول فريد مان وبراونيل (١٩٩٢) الموضوع بطرق مختلفة وبريان أن النتائج غير المتسقة فى الدراسات التى قارنت بين مجموعات المصابين وغير المصابين بالسمنة هى ناتج متوقع ، إن لم يكن ضرورياً ، للمنحى المستخدم فمعظم الدراسات استخدمت عينات صغيرة ، لا تمثل الجمهور العام للمصابين بالسمنة كما أنها تستخدم عادة مقياس واحد لجانب واحد فقط من الاضطرابات النفسية(١) . ولكن هذه الدراسات مفيدة باعتبارها الجيل الأول من البحوث فى هذا المجال ، وهى تشير الى عدم تجانس جوهرى داخل جمهور المصابين بالسمنة .

ويناقش فريدمان وبراونيل (١٩٩٢) منحاً مختلفاً حدث فيه الجيل الثانى والثالث من الدراسات . ففى الجيل الثانى من الدراسات ، تحول السؤال : هل يظهر الأفراد المصابون بالسمنة كمجموعة مشكلات نفسية إلى : من هم الذين سيعانون من سمنتهم ؟ وأساس هذا المنحى ، هو نموذج العوامل المعرضة (٢) . ولعل هذه العوامل هى ؛ العمر عند حدوث السمنة ، والطبقة الاجتماعية ، والجنس (النوع) ،

---

(1) Psychopatholgy

(2)Risk - Factor

والأكل المفرط[1] وهذه الدراسات تقدم نتائج ارتباطية والتى يمكن فحصها بعد ذلك من خلال دراسات طولية [2] والتى تشكل الجيل الثالث من الدراسات .

لقد تناولنا المصاحبات الاجتماعية والنفسية للسمنة بشئ من التفصيل بسبب تضميناتها العلاجية . فالعلاج النفسى للأفراد ذوى الوزن الزائد سوف يشمل فحص العواقب الاجتماعية والنفسية للسمنة بالنسبة للفرد . وهناك واقع اجتماعى للتحيز والتمييز اللذان يؤثران على الأداء النفسى . ويعتبر فهم هذا الواقع الاجتماعى مفيد فى الحصول على صورة واضحة عن حياة الفرد .

ان القول بأن اللوم على زيادة الوزن يقع على عاتق الفرد ما هى إلا افتراضات ثقافية مفهومة حول الوزن والشكل . والأشخاص الذين يشعرون بذلك يلومون أنفسهم ويشعرون أنه باستطاعتهم الحصول على جسم ممشوق لو أنهم حاولوا بجدية كافية . ويمكن أن يؤدى ذلك إلى أهداف غير واقعية وإلى استجابات هازمة للذات وإلى نكسة للبرنامج . وبناء على ذلك ، على الاخصائى أن يكون حساساً للسياق الثقافى (الحضارى) الذى يحدث فيه زيادة فى الوزن .

الأسباب المر ضية للسمنة

لقد حدثت تغيرات تاريخية جوهرية فى تصوراتنا وفهمنا للأسباب المرضية للسمنة . ففى الخمسينيات كانت السمنة تعتبر مشكلة نفسية . وبسبب سيادة المفاهيم الفرويدية لمجالى علم النفس والطب النفسى فى ذلك الوقت ، كان يعتقد أن السمنة تعكس اضطراباً كامناً فى الشخصية ؛ وهى الصراعات التى يتم التعبير عنها بالإفراط فى الأكل . ومع بداية الستينيات دخل المعالجون السلوكيون إلى المعترك وتم تصور السمنة باعتبارها نتيجة لعادات غير تكيفية (سيئة) فى الأكل .

لقد كانت الثمانينيات عقد البيولوجيا الذى تعتبر فيه الوراثة ، وعملية البناء والهدم (الأيض) وعلم الحياة بصفة عامة هى السائدة . وقد أبرزت عدة دراسات أنجزت فى الثمانينيات هذه النقطة . وقد وجد ستنكارد وزملاؤه Stunkard (1986) وباستخدام دليل التبنى الدنمركى – إسهاماً وراثياً واضحاً فى السمنة .

(1) Bing eating

(2) Longitudinal studies

ووجد راڤيوسن وزملاؤه Ravusin (1988) أنه يمكن استخدام استهلاك الطاقة للتنبؤ بزيادة الوزن بطريقة مستقبلية .

- **تقارب عوامل الخطورة :**

هناك اعتراف عام فى التسعينيات بأن هناك عوامل متعددة تسهم فى حدوث السمنة (Bjorntorp & Brodoff, 1992; Brownell & Wadden, 1992) فالوراثة ، والثقافة ، والسلوك الشخصى وعوامل أخرى مؤثرة ، وربما تعمل بتفاعلات مختلفة لدى الأفراد . وعليه ، فإن شخصين لديهما الوزن نفسه يكون لديهما أسباب مختلفة تماماً لزيادة الوزن . ويوضح الجدول (٨ – ١) مستويات مختلفة من عوامل الخطورة التى يعتقد أنها مهمة . (Brownell & Wadden, 1992)

والمستويات الموضحة فى الجدول (١ – ٨) لعوامل الخطورة عامة إلى حد استحواذها على ما هو معروف من خلال البحوث . فحقيقة أن بعض الأفراد يزيد وزنهم لأنهم يأكلون وجبات عالية الدسم ويفشلون فى القيام بالتمرينات لا يفسر لماذا يسلك هؤلاء الأفراد على ذلك النحو ، مع استثناء العوامل البيولوجية والثقافية التى لوحظت فى الجدول . إن الشئ المفقود هو ظروف الحياة .

جدول (١ – ٨) : عوامل الخطورة المهمة فى حدوث السمنة

عوامل الخطورة (التعرض) لدى الجمور
– وفرة الأطعمة عالية الدسم .
– المستويات المرتفعة من ريجيم الدهون .
– تناقص مستويات النشاط الجسمانى .
– أنماط استهلاك الطعام التى تدعم السمنة .
عوامل الخطورة (التعرض) لدى الأفراد : العوامل البيولوجية .
– عوامل الوراثة .
– معدلات الأيض المنخفضة .
– تزايد عدد الخلايا الدهنية .

عوامل الخطورة (التعرض) لدى الأفراد : العوامل السلوكية .

- الاستهلاك المرتفع للطاقة .
- انماط محددة للأكل (مثال : الأكل الشره) .
- نقص التمرينات الرياضية .

ملحوظة : مستمد من المعلومات التي قدمها براونيل ووادين (١٩٩٢)

هذه القضية لم تلق إلا اهتماماً ضئيلاً من الباحثين ؛ لذلك فقد غابت من جدول عوامل الخطورة (التعرض) . والواضح من الخبرة الاكلينيكية أن الاستجابات (ردود الأفعال) النفسية لأحداث الحياة يمكن أن تبرز بوضوح فى تاريخ الوزن لدى بعض الأفراد وفى بعض الأحيان يمكن أن يرجع الشخص حدوث أو احتدام مشكلة الوزن إلى ضغوط محددة فى العلاقات الشخصية(١) . مارثا Martha سيدة سوداء مديرة مدرسة ، تبلغ من العمر ٦٠ سنة . وبرغم أنها كانت مصابة بالسمنة معظم فترات حياتها ، فإن هذه هى أول مرة تلتحق ببرنامج انقاص الوزن بناء على أمر طبيبها بسبب اصابتها بمرض السكر والضغط . وفيما يلى تسترجع مارثا والمعالج الظروف الشاقة لأول مرة زاد فيها وزنها بدرجة خطيرة .

مارثا : عندما كنت فتاة صغيرة جداً ، كنت مهتمة بمراقبة وزنى وكنت ناجحة فى ذلك . وكنت – حقيقة – حريصة فى الأكل محاولة الحفاظ على شكلى وفى الحقيقة – وليس من قبيل الفخر– أننى كنت اعتبر جذابة جداً.

لقد تزوجت وأنا صغيرة جداً وساذجة ، وانتقلنا إلى هذا المجتمع الأسود . لقد كان نوعاً من الأماكن المغلقة ، وربما كنا نحن أول أفراد جدد ينتقلون هناك على مدى عشر سنوات . وكانت الكثيرات من النساء – ومعظمهن من البدينات – يحسدننى على مظهرى – لقد كان ذلك واضحاً من طريقة تعرفهن ، كما أننى سمعت ذلك من إحدى صديقاتى المقربات . وساء الأمر ، لأن بعضهن كن ينشرن كل أنوع الشائعات عنى ، وتدعين أننى كنت أخدع زوجى . وقد تسربت بعض هذه القصص إليه .

المعالج : وكيف استجاب لذلك ؟

(1) Interpersonal .

مارثا : كان دائما يتغير لونه ، وفى بعض الأحيان كان يحطم الأشياء .

المعالج : هل كان يؤذيك ؟

مارثا : لم يضربنى ، لكن مرة واحدة فعل شيئاً سيئاً . لم يكن لدينا الكثير من المال لم يكن لدينا أطفال حينئذ ، لذلك عندما كنت أدخر بعض النقود كنت اشترى لنفسي – فى بعض الأحيان – هدية . حسناً ، طوال حياتى كنت أتمنى أن يكون لدى معطف فرو ، وقررت ، إنه إذا كان علىّ أن أعيش فى هذه المدينة الحقيرة ، فليس أقل من أن يكون لدى هذا المعطف الفرو. لذلك فقد حصلت على عمل إضافى ، ووفرت النقود ، واشتريت المعطف الفرو . لقد كان شيئاً رخيصاً جداً ، ولكنن أتذكر ، أننى كنت أشعر كما لو كنت نجمة سينمائية وأنا أرتديه .

بعد شرائه بمدة وجيزة وفى إحدى الليالى ، غضب زوجى من بعض القصص التى سمعها عنى من النسوة الثرثارات فى المدينة . وغادرت البيت خارجة حتى يهدأ ، وعندما عدت كان فى الفناء واقفاً يحملق فى نار مشتعلة على الأرض . وقد سكب الكيروسين على معطفى الفرو وجلس يراقبه وهو يحترق . وقال : «إذا كنتى لا تريدين أن تنتهى كمعطفك ، فعليك أن تكفى عن التسكع» .

عندها وحينئذ ، قررت أنه لابد أن أكون مهندمة وحسنة المظهر .

المعالج : هل كان ذلك عندما بدأ وزنك فى الزيادة ؟

مارثا : لقد كنت دائما أشعر أننى سأصبح بدينة ، ولم يأخذ ذلك وقتاً طويلاً حتى أصبحت كذلك . وكما تعرف ، على مدى سنين شعرت بأننى سعيدة به . والنساء فى المدينة كن يتصرفن معى بطريقة لطيفة ، وكان زوجى يعاملنى بطريقة حسنة لفترة وجيزة ، لكن ذلك لم يستمر .

لقد تم الطلاق ، ورحلت وحصلت على شهادتى وتزوجت مرة أخرى وبوضوح ، عرفت بعدئذ أن المشاكل التى عانيتها كانت بسبب زوجى السابق والنساء الحاسدات وليس بسبب هندامى . ولكن فى كل مرة كنت أنقص وزنى كنت أتذكر كيف كنت أشعر عندما أمشى فى الشارع فى تلك المدينة الصغيرة القذرة مع أولئك النسوة الحقيرات اللائى يفترسننى

بأعينهن ، وأرى المعطف وهو يحترق وأن ذلك هو وقت الريجيم .

إن المناحى النظرية المختلفة للأسباب المرضية ، بالطبع ، تختلف فى رؤيتها للعلاجات المختلفة ، والعلاج النفسى المكثف سيكون مطلوباً لإعادة حل الصراعات اللاشعورية ، والتدريب على المهارات سيكون مطلوباً لمحو العادات المدمرة وقد يكون العلاج النفسى البينشخصى(١) مفيداً فى مواجهة ظروف الحياة الصعبة . كما أن التدخلات الدوائية والجراحية والغذائية تكون مطلوبة لتغطية الجوانب البيولوجية . ولم يبرز حل واضح لمشكلة السمنة من أى من هذه المناحى. أما التصور الراهن للأسباب المرضية باعتبارها متعددة العوامل فسوف يؤثر الآن على الطرق التى يطور بها المتخصصون علاجاتهم . ولعل القيام ببداية جديدة مؤسسة على النظرية وعلى ما هو معلوم عن الأسباب المرضية يمكن أن يؤدى إلى توجهات مفيدة . ونظراً لوجود مسالك مختلفة للأسباب المرضية للسمنة، فإن تعدد العلاجات سيكون أمراً مفيداً . وبناء عليه ، فإن المسألة التى ستناقش بالتفصيل هنا هى فلسفة مواءمة الأفراد لأنواع العلاج .

– هل الريجيم حسن أن سئ ؟

لقد ثار جدل محتدم حديثاً . ففى السابق ، كان الريجيم يعتبر –عادة– جرأة محمودة إن لم تكن ناجحة، وكانت هناك علامات مبكرة قبل عامى ١٩٩١ ، ١٩٩٢ حيث كان بعض العلماء يتساءلون عن الحكمة من هذا المنحى (Bennett & Gurin, 1982; Polivy & Herman, 1983; Wooley &Wooley, 1984; Wooley, Wooley & Dyrenforth, 1979) ومع ذلك ففى عام ١٩٩١، ١٩٩٢م اكتسبت الحركة المضادة للريجيم دفعة ولقت أذاناً صاغية من المتخصصين والمسئولين عن الصحة على حد سواء وقد تحدى عدد ضئيل من المقالات العلمية الريجيم على أسس مختلفة (Garner & Wooley, 1991; Goodrick & Foreyt, 1991; Polivy & Herman, 1985; Wooley & Garner, 1991) .

هذه المقالات مجتمعة تقدم عدداً من النقاط المهمة :

١ – أن المخاطر الصحية للسمنة أمر مبالغ فيه .

(1) Interpersonal .

٢ – لم يتبين مطلقاً أن انقاص الوزن قلل من معدلات المرض أو الوفيات .

٣ – أنواع الريجيم (الحمية الغذائية) غير فعّالة بصفة عامة .

٤ – تؤدى الحمية الغذائية إلى الأكل المضطرب (الأكل الشره ، والشره العصبى وفقدان الشهية العصبى) .

لقد نُشر العديد من الكتب والمقالات الآن وهى تُدين الحمية الغذائية فى مختلف الدرجات ومختلف البرامج المقترحة ، والتى ترفض فيها القيود على الطعام وتؤكد قبول الجسم (Bennett & Gurin, 1982; Cilisk, 1990; Foreyt & Goodrick, 1992; Polivy & Herman , 1983) .

إن الأدلة الامبيريقية التى اتيحت لمثل هذه البرامج قليلة ، مع أثار ايجابية على المردودات السيكولوجية مثل مفهوم الذات (Lewis, Blair & Booth 1992; Polivy & Herman, 1992; Roughhan, Seddon & Vernon - Roberts, 1990) . وفقدان الوزن ليس هو محور هذه البرامج ولا يحدث .

وفى استجابة للسؤال الحاسم عما إذا كانت الحمية الغذائية حسنة أم سيئة ؛ ناقش براونيل ورودين (١٩٩٢) كل نقطة من النقاط المثارة فى المناقشات المضادة للحمية الغذائية وحاولا تقديم وجهة نظر متوازنة ، وخلصا إلى ما يلى :

١ – إن المخاطر الصحية للسمنة واضحة وخطيرة .

٢ – لم يتبين إن فقدان الوزن يؤدى إلى خفض معدلات المرض أو نسبة الوفيات لأن هذه المسألة لم تدرس . وتبين الدراسات التى درست العوامل المعرضة للخطر مثل ضغط الدم والتحكم فى الأيض فى مرض السكر – بصفة عامة – وجود تغيرات مفيدة لإنقاص الوزن.

٣ – كل المعلوملت عن فاعلية برامج إنقاص الوزن تأتى من المواقف الاكلينيكية حيث يكون الشخص متوسط بدنياً ، ومن المحتمل أنه متوسط فى الأكل الشره ، ويظهر المزيد من الاضطرابات النفسية عما لدى الأفراد زائدى الوزن بصفة عامة . وهناك عوامل سلبية خاصة بالمّال . وربما لا يكون من الممكن التعميم من العدد الصغير من

الأفـراد الذين يشـاركـون فـى برامج البـحث من طلاب الجـامـعـة على الملايين المنخرطين فى البرامج التجارية وبرامج المساعدة الذاتية ، وعلى الأفراد الذين يحاولون إنقاص وزنهم إعتماداً على أنفسهم .

وكتدعيم لهذه النقطة ، تبين من خلال مسح أجرى عام ١٩٩٢م بالهاتف على عينة إحتمالية قومية من النساء فى الولايات المتحدة الأمريكية أن من بين النساء البدينات اللاتى حاولن إنقاص وزنهن حوالى ١٥ رطلاً على الأقل ، إستخدمت نسبة تقل عن ٢٠٪ منهن الأساليب التى تم إختبارها فى معظم الدراسات التى قيمت نتائج العلاج ؛ خاصة البرامج الخاضعة لإشراف المتخصصين ، أو الوصفات الطبية للتخسيس . والأكثر من ذلك أن متوسط إنقاص الوزن الذى ذكر لكل محاولات إنقاص الوزن كان حوالى ١١٪ من وزن الجسم الأساسى ، وهو كاف لتحسين العوامل التى تعرض الصحة للخطر (O'neil,Dansky Kilpatrick & Brewerton,1992).

٤- إن النظام الغذائى (الريچيم) وعوامل نفسية أخرى هى المسئولة عن الأكل المضطرب . وهذا التهيؤ أو الإستهداف لايمكن تبريره بالزيادة المشكوك فيها فى النظام الغذائى لدى الأشخاص القريبين من الوزن المثالى . أما بالنسبة للأشخاص الذين لديهم زيادة فى الوزن ، فإن النظام الغذائى لم يعزل بعد كعامل مهيىء لإضطرابات الأكل ، وإذا وجد مثل هذا التهيؤ فإنه ينبغى أن يوضع فى مقابل الرغبة القهرية لإنقاص الوزن .

إن هناك عدداً من القضايا التى ينبغى أن تدرس بعناية ؛ لكى نفهم الدور الذى يفرضه الريچيم على صحة ورفاهية مجتمعنا . ومن الواضح أن زيادة الوزن تزيد المخاطر الصحية ، لكن من غير الواضح مدى إسهام التخسيس فى تقليل الخطر ، ومن ثم خفض إحتمالات المرض والوفاة . وربما كان السب فى ذلك هو عدم إجراء الدراسات المناسبة . وإذا كانت الأساليب المعاصرة لضبط الوزن فعّالة فى إحداث إنقاص قصير المدى للوزن ، فإنها تعانى من قصور فى توفير أساليب ثابتة للحفاظ على نقص الوزن .

ومن الواضح أن النظام الغذائى له مغارمة كما أن له مغانمة لدى البعض .

وتتمثل التحديات الرئيسية الراهنة فى :

أ- تحديد الأفراد الذين يستفيدون أو يضارون من النظام الغذائى .

ب- تقليل المعدلات المرتفعة وغير المعتادة من الإلتزام بالنظام الغذائى لدى أولئك الذين لايحتاجون لإنقاص الوزن .

جـ- الفهم الجيد للأسباب الفسيولوجية والنفسية التى تؤدى إلى تناقص الوزن لدى البعض ، وعدم تناقصه لدى البعض الآخر .

د- تطوير وسائل آمنة وفعّالة لإنقاص الوزن والحفاظ عليه ، وتوجيه هذه الوسائل للأفراد الذين ينتظرون المساعدة الطبية .

إن الجدل الحالى عن جودة أو سوء النظام الغذائى له أثر متناقض ، ويهدد بتوجيه الإنتباه بعيداً عن قضايا مهمة مثل : مَن الذين ينبغى عليه أن ينقص وزنه ، ومن الذى يستطيع إنقاص وزنه ، وما الشروط التى ينبغى أن يتم فى ظلها النظام الغذائى ، وما المدى الذى يطمح إليه الفرد فى إنقاص الوزن ، وما الحد الأمثل للوزن التى ينبغى إنقاصه والحفاظ عليه *(Brownell & Rodin,1992, P.4; italics in original).*

إننا نعتقد أن هذا الجدل حول النظام الغذائى له أهمية إكلينيكية كبيرة . لقد قدُّر لبعض الأشخاص دخول معركة ، لن يكسبوها لأسباب إما بيولوجية أو ثقافية أو نفسية أو سلوكية . فهذه المعركة يمكن أن تؤدى إلى الإنشغال بالأكل والوزن ولوم الذات والإكتئاب ، وجولات متكررة من إنقاص الوزن وإستعادته . وفى مثل هذه الحالات يمكن النصح ببرنامج للتفهم ، وقبول زيادة الوزن والتركيز على العادات الصحية فى الأكل والرياضة ، وحصر التحدى فى تحديد أولئك الأشخاص ومعرفة الأفراد الذين لن يتناقص وزنهم بشكل مؤكد .

ويتساءل المستفيدون(1) عادة عن هذه القضية ، بطريقة مباشرة فى بعض الأحيان ، حيث يتساءلون عما إذا كانوا سيواظبون مع النظام الغذائى بإستمرار ، أو بطريقة مباشرة عندما يتساءلون عن مدى فعالية البرنامج ، أو عما إذا كانوا سيصبحون أسرى النظام الغذائى (*) وهلم جرا . ومن المفيد أن نناقش هذه القضايا بالتفصيل ، وأن نوضح أن هناك بدائل للنظام الغذائى : فكل فرد ينبغى أن يقرر ما

---

(1) Clients

* إستخدم المؤلف تعبير yo-yo dieter، وهو تشبيه بلعبة مؤلفة من قرص مزدوج محزوز مزود بسلك أحد طرفيه ملفوف حول الحز ، والآخر مشدود إلي يد المرء أو إصبعه علي نحو يمكنه من قذف القرص في إتجاه ما وإعادته إلي اليد وهكذا (المترجم : المصدر ، قاموس المورد ، ١٩٨٢) .

إذا كان الريچيم هو الإختيار المناسب له ، وإذا كان الأمر كذلك ، فأى البرامج أو الأساليب هو الأكثر نفعاً .

- نموذج تصوري للفحص والعلاج :

لاتعتبر السمنة - بعكس موضوعات أخرى فى هذا الكتاب - إضطراباً نفسياً ؛ فالطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى للإضطرابات النفسية(١) (American Psychiatric Association,1993)لم تضم السمنة كإضطراب طبنفسى (٢) ، والسمنة فى حد ذاتها لاتعنى وجود ألم أو مشقة نفسية مصاحبة(*) .

وعلى الرغم من أن السمنة لاتعتبر سلوكاً ، فإن تغيير السلوك يمثل ضرورة قصوى إذا كان لابد من التعامل مع حالة السمنة . وببساطة فإن الشخص البدين الذى يحاول إنقاص وزنه عليه أن يصر على مواصلة التغييرات فى سلوكياته ، التى من شأنها التأثير على إختزان الغذاء وإستهلاك السعرات الحرارية ، وهذه الأنماط السلوكية ومحدداتها معقدة وفردية بشكل يثير الدهشة .

وعلى الرغم من أن المناحى السلوكية المبكرة الخاصة بإنقاص الوزن كانت تتميز بأنها عبارة عن مجموعة من التدخلات قصيرة الأمد ، إنبثقت من المقررات الدراسية ، وتركز عادة على أشكال السلوك النهائى (٣) ، التى تؤثر على توازن الطاقة (الأكل ، والتمرينات الرياضية) ، فإن التدخلات التالية أصبحت أكثر تطوراً وتعقيداً وتستند إلى معارف أو علوم متعدد(٤) (Brownell & Wadden,1992) والأكثر من ذلك ، فإنه من المعروف الآن أن هدف العلاج هو التعايش والسيطرة (٥) أكثر من الشفاء ، ويتطلب هذا الهدف تدخلاً طويل المدى (Perri, Nezu & Viegener,1992) .

---

* إن المحكات الخاصة بالطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي والمذكورة في هذا الفصل هي التي وافقت عليها مجموعة العمل بإعتبارها خاصة بإضطرابات الأكل (APA,1993).

(1) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

(2) Psychiatric.

(3)Terminal.

(4)Multidisciplinary.

(5)Management.

ويتطلب التدخل تفصيل العلاج على خصائص وظروف المستفيد الفرد . وتصف مقالة ستيوارت Stuart(١٩٦٧م) المبكرة تطبيق المبادىء السلوكية بهدف إنقاص الوزن ، وهو ما أدى إلى إفراز درجات من التقارير عن علاجات قصيرة المدى أكثر من العلاجات الجمعية البسيطة . ومن النادر أن يعترف أحد أن مقالة ستيوارت وصفت بالفعل علاجاً فردياً يمكن تنفيذه فى غضون عام .

التركيز علي تغيير أسلوب الحياة:

نحن نرى أن التناول السلوكى للسمنة يُفسر بواسطة كل من العميل والمعالج كمجهود هدفه التأثير فى تغيير أسلوب الحياة ، وهذا يعنى تطوير أنماط روتينية طويلة المدى من السلوك ، التى تدعم إنقاص الوزن والمحافظة عليه فى مواجهة التأثيرات الجينية والشخصية والبيئية إلى العكس . ويعتبر ذلك بطريقة ما، نوعاً من الترقيع (التوفيق) السلوكى (١) ، ويختلف هذا المنحى إختلافات مهمة عن النظام الغذائى ؛ إذ أنه يدعو صراحة إلى ضرورة التغيير طويل المدى ، وينقل التأكيد من مجرد إنقاص الوزن إلى إستمرار الحفاظ على الوزن ، ويغيّر إنتباه العميل من عدم القابلية للتنبؤ بتغير الوزن إلى هدف أكثر قابلية للتحكم ، هو التغيير السلوكى .

ويتم عادة على المدى الطويل الإستخدام الذكى لزمن الجلسة العلاجية لشرح هذا المفهوم للعميل ، بكل الطرق الممكنة ؛ للتغلب على الرسائل المتناقضة الناجمة عن الإعلانات الخاصة بإنقاص الوزن ومحاولات العميل الخاصة والسريعة لخفض الوزن . ويمكن أن يساعد هذا المنحى أيضاً على تخفيف شعور العميل غير الضرورى بالذنب ، وإنخفاض تقدير الذات نتيجة مرات الفشل السابقة فى ضبط الوزن .

وتوجد طرق عديدة لتقديم هذا المنحى الخاص بأسلوب الحياة الى العميل فقد إستخدم المؤلف الأول (ك. د. براونيل) المقطع LEARN (إختصاراً لكلمات أسلوب الحياة Life style ، التمرينات Exercise والاتجاهات Attitudes، والعلاقات Relationships والتغذية Nutrition) ، ويشير هذا الأسلوب (LEARN)، -بالإضافة إلى التغيير السلوكى -إلى أحد أهداف العلاج وهو التعليم(٢). وهناك

(1) Behavioral Prosthesis.

(2) Education.

أسلوب مقوى للذاكرة [1] إستخدمه المؤلف الثانى (ب. م. أونيل) ، ويرمز إليه بإسم ABCD'S (وهو إختصار لكلمات زيادة النشاط و التغيير السلوكى، وإعادة البناء المعرفى والتغيير الغذائى، والتأييد الإجتماعى ، ويقدم الأسلوبان وسائل لتنظيم المعلومات حول العناصر الأساسية للبرنامج ، ويوفران للعميل وسيلة مختارة وسهلة الإسترجا للنظر ، بطريقة بناءة للمهمة أو المغامرة التى سيقدم عليها.

- مواءمة الأفراد للعلاجات :

حقق هذا المجال من المنظور التاريخى تطورات فى علاج السمنة بتنفيذ دراسات مضبوطة ، تعتمد على التعيين العشوائى والإحصاءات البارامترية والبحث عن العلاجات التى تحقق فاعلية فى إنقاص الوزن بما يتجاوز المعيار الشائع . وقد تم إختبار المركبات الفارماكولوجية فى مقابل العقاقير الوهمية [2] من خلال دراسات عشوائية مزدوجة التعمية [3] ، كما تم تقويم العلاجات السلوكية والوجبات الغذائية منخفضة السعرات الحرارية [4] ، من خلال تجارب تم فيها تطبيق علاجات بعينها أو خليط من العلاجات على مجموعات من الأفراد ، ومن ثم مقارنتهم بمجموعات أخرى من الأفراد تعرضوا لمناخٍ مختلفة .

والإفتراض المتضمن فى هذا المنحى هو أن الجمهور الذى تم إختباره متجانس ؛ ولذلك فإن التعيين العشوائى كان فعّالاً فى إيجاد مجموعات متكافئة ، وأن العلاج كان ممتازاً بدرجة تستوجب إعتناقه وطرح البديل الآخر جانباً . ولكى نستخدم مثالاً إفتراضياً فإن المنحى السلوكى سوف يكون أكثر فعالية ، إذا إستخدم فى دراسة مضبوطة عنه فى حالة العلاج النفسى العام . والتفسير النموذجى سيكون أن العلاج السلوكى ممتاز ، وربما يبدو هو العلاج المختار أو المفضل ، وأن العلاج النفسى العام ليس مفيداً للسمنة . ولكن هذا التفسير يخفى حقيقة أن العلاج النفسى العام قد يكون ناجحاً فى حالة بعض الأفراد ، وقد يكون أكثر نجاحاً عن العلاج السلوكى بشكل أساسى لأشخاص مختارين .

---

(1) Mnemonic.

(2)Placebos.

(3) Double-blind.

(4) Very-Low-Calories diets (VLDS).

ويرى براونيل ووادين (1992 ,1991) Brownell & Wadden أن السمنة إضطراب غير متجانس ، وبالتالى فمن المحتمل أن تكون العلاجات المتعددة فعّالة بالنسبة للأفراد المختلفين .

«لقد حان الوقت للتخلى عن التفكير بأن منحى واحداً يمكن أن يستخدم مع كل الأفراد ، وأن برنامجاً واحداً يعلو فوق البرامج الأخرى . وبعد إستبعاد المناحى الخطيرة أو التى تنطوى على إحتيال ستبقى عدة برامج للسمنة وسيكون كل واحد منها مناسباً لبعض الأفراد على الأقل . وسيكون التحدى ليس فقط فى تنفيذ دراسات بارامترية لتحديد ما إذا كان منحى ما أفضل من الآخر ولكن لتطوير محكات معينة ؛ لتقابل حاجات الأفراد» (Brownell & Wadden,1992, p.510) .

مخطط المضاهاة[1] :

هناك عديد من المناحى الممكنة لمضاهاة أو مواءمة الأفراد للعلاجات ، ولكن لم يتم إختبار مصداقية أى منها من خلال دراسات تجريبية .

وفى البيئة الطبيعية ينتشر عادة الحدس أو البديهة ؛ لأن الفرد الذى يعانى من زيادة الوزن قد يختار المنحى الذى يشعر بأنه سيكون أكثر فائدة له . أما فى المواقف العيادية فيحتمل أن يكون المعروض برنامجاً واحداً ، وبالتالى لاتحدث المضاهاة ، وعندما يتاح عدد من المناحى المختلفة ، تكون درجة سمنة الفرد هى العامل المحدد ، وإن كانت البرامج الأكثر صرامة هى التى تستخدم لمعظم الذين يعانون من زيادة شديدة فى الوزن .

ويوضح الشكل (١–٨) المخطط الذى إفترضه براونيل ووادين Brownell & Wadden 1992 ، وهو منحى تصورى تتكامل فيه ثلاث عمليات مضاهاة ممكنة ، فى شكل تخطيط يتم فيه أولاً إتخاذ قرار التصنيف ، يعقبه قرار العناية المتدرجة [2] ، ومن ثم يتم قرار المضاهاة أو المواءمة .

---

(1) Matching scheme.

(2) Stepped-care.



شكل (١ -٨) : المخطط التصوري لعملية ثلاثية المراحل في إختيار العلاج للفرد . وتقسم الخطوة الأولي ، قرار التصنيف ، الأفراد طبقاً لنسبة الزيادة في الوزن إلي أربعة مستويات . وعلي هذا المستوي خمس خطوات ستكون مقبولة في المرحلة الثانية : قرار الرعاية المتدرجة. ويشير ذلك إلي أن المنحي الأقل تكثيفاً، وتكلفة ، وخطورة سوف يستخدم من بين عدة علاجات بديلة . والمرحلة الثالثة ، قرار المواءمة أو المضاهاة يستخدم لعمل الإختيار الأخير للبرنامج ، ويؤسس علي خليط من متغيرات العميل أو البرنامج . وتوضح الخطوط المتقطعة التي تصل بين مرحلتي التصنيف والرعاية المتدرجة المستوي المنخفض من العلاج، الذي يمكن أن يكون مفيداً ، ولكنه سيكون أكثر تكثيفاً وضرورياً عادة للأشخاص في المستوي المعين من الوزن. (مأخوذ عن عدم تجانس السمنة : ملاءمة العلاج للأفراد ، كتبه ك.د. براونيل وت. أ. وادين ١٩٩١م ، العلاج السلوكي ، ٢٢ ، ص١٦٢ . ونشرت النسخة الأصلية ١٩٩١م بواسطة رابطة تقدم العلاج السلوكي).

ويرتكز قرار التصنيف على نسبة الزيادة فى الوزن ، ويساعد على تضييق مدى المناحى التى تعتبر ملائمة للفرد . فالشخص الذى يعانى من زيادة خطيرة فى الوزن – على سبيل المثال – قد لايستجيب لبرنامج التوجيه الذاتى ، وقد يحتاج إلى شيء آخر أكثر شدة . وبالعكس فالشخص الذى يعانى من زيادة متوسطة أو معتدلة فى الوزن قد لايكون من المناسب تعريضه للجراحة .

ويرتكز المستوى الثانى على منحى الرعاية أو العناية المتدرجة ، وبعد إيجاد عدد من المناحى من خلال قرار التصنيف ، يتم ترتيب البرامج أو المناحى فى ضوء التكلفة ، ومدى التدخل [1] ، والآثار الجانبية (فى حالة العلاج الدوائى) والخطورة ، وعوامل أخرى تستخدم فى الحكم على التكلفة / الفاعلية . وكما هو الحال فى العلاج بالرعاية المتدرجة لمرضى إرتفاع ضغط الدم ، فإن العلاجات الأقل تكلفة والأقل مشقة تعتبر تدخلات من المستوى الأول .

والخطوة الثالثة ؛ أى قرار المضاهاة أو المواءمة ، ترتكز على الحاجات الشخصية للفرد وهناك قضايا أخرى تؤخذ فى الإعتبار أيضاً ، مثل الإستجابة المحتملة للعلاجات الجماعية فى مقابل العلاجات الفردية والحاجة إلى تمرينات تخضع للإشراف ، ودرجة التنظيم التى يحتاجها إعداد النظام الغذائى . وهناك عوامل مضاهاة أخرى موجودة فى الشكل (١-٨) .

ويلاحظ براونيل ووادين Brownell & Wadden (1992) أن هذا المخطط للمضاهاة لم يخضع بعد للإختبار ، ويمكن إضافة أو حذف خطوات أخرى ، ولكن الحكم الإكلينيكى والحدس لدى الفرد هى الوسائل الأكثر فائدة فى عملية المضاهاة حتى الآن. وقد تكون قيمة المخطط مشجعة من منظور تصورى . أما من المنظور الإكلينيكى ، فإن المخطط ينطوى على رسالة تمثل جوهر الفصل الحالى . ولعل إحدى أكثر الخدمات فائدة ، والتى ينبغى على المتخصصين تقديمها للمناقشة مع العميل ، هى مفهوم المضاهاة أو المواءمة وألا يستخدم كمصدر لعلاج معين فقط ، ولكن يظل مفتوحاً لكل العملاء المحولين من أى مكان آخر .

الأخصائى : أخبرنى من فضلك لماذا إخترت برنامجنا ؟

---

(1) Intrusiveness.

المستـرشـد : لأن له سمعة طيبة ، وقد قرأت عنه بعض الأشياء فى الصحف . وقد كان لى جار منضم إلى برنامجكم وحكى لى عنه أشياء لطيفة .

الأخصائى : إن إحدى مسئولياتى أن أناقش برنامجنا معك ، هذا بالإضافة إلى أن البرامج أو المناحى الأخرى قد تكون مفيدة لك . وكما تعرف هناك عدة مناهج للتخسيس ، وربما تكون قد حاولت إستخدام بعضها قبل الآن ، من فضلك حدثنى عنها .

المستـرشـد : لقد تعرضت لبرنامج مراقبى الوزن (١) عدة مرات ، وحاولت تنفيذ برنامج للصيام فى مستشفى سانت ماريا .

الأخصائى : كيف كان ذلك ؟

المستـرشـد : فى المرة الأولى التى إنضممت فيها لبرنامج مراقبى الوزن نقص وزنى بسرعة كبيرة ، ثم إستعدته ثانية وإستمر ذلك عدة سنتين ولكن لم أفقد المزيد من الوزن . ثم حاولت تطبيق برنامج الصيام منذ عام مضى تقريباً . وقد أحببته لأن وزنى كان يتناقص ، ولكنى شعرت بالفزع القاتل عندما كنت أفكر فيما سيحدث عندما يتوقفون عن إعطائى العبوات الغذائية (٢) ، وتحسنت لفترة ثم تراجعت وبدأ الوزن يزداد .

الأخصائى : هذه معلومات قيّمة . نستطيع أن نتحدث عن هذه النظم الغذائية السابقة بالتفصيل لنرى ماهو الصواب وماهو الخطأ ، وسوف يساعدنا ذلك فى رسم صورة عنك وعن نوع البرامج التى تناسبك .

المستـرشـد : أعتقد أن هذا البرنامج سيكون مناسباً لى ، وهذا ماجاء بى إلى هنا .

الأخصائى : قد يكون ظنك صائباً تماماً ، لكن لاتنسى أن حدسك أو ظنك كان قد أخبرك بأن البرامج السابقة التى جربتها ستكون مناسبة لك أيضاً . أريدك أن تفكر بحرية وسعة أفق ، وإذا كان بقاؤك معنا هو المنحى الأكثر ملاءمة ، فسنكون سعداء لمساعدتك .

وعن هذه النقطة سيناقش الأخصائى العوامل التى يشعر هو والعميل أنها الأكثر أهمية . وتختلف هذه العوامل من شخص إلى شخص . وقد يحتاج

(1) Weight Watchers.

(2) Packets of Supplement.

شخص– على سبيل المثال – إلى نظام غذائى محكم وصارم ، بينما تكون التمرينات الرياضية هى مفتاح الحل لشخص آخر . وقد يهتم أحد الأفراد بما إذا كان البرنامج سينفذ فى جلسات جماعية أم فردية ، بينما قد لايهتم شخص آخر بذلك . وبمجرد أن تحدد العوامل المناسبة يمكن مناقشة مدى الخيارات المتاحة فى المجتمع ، وستكون عمليات إتخاذ قرار التصنيف والرعاية المتدرجة فى تضييق مدى البرامج التى تناسب العميل .

- نظرة على البرامج المتاحة :

لقد أوصينا بأنه ينبغى على الأخصائى والعميل أن يحيطا علماً بالبرامج المتاحة فى المجتمع . ويمكن للأخصائى الحصول على ذلك بالسؤال أو التحرى عن البرامج الأخرى عند إجراء المقابلة مع العميل أو بزيارة أماكن تقدم برامج أخرى ، والحصول على مواد مكتوبة من مستوى البرامج أو مقابلة مشرفى البرامج أنفسهم .

وسوف يكون المشرفون فى البرامج الأخرى على إستعدادد للتعاون ، لو عرضت عليهم المشاركة وكانت إمكانية حدوث التحويلات المتبادلة واضحة . وفى بعض العيادات يتم طباعة ونسخ دليل للعملاء ، يحمل أسماء وعناوين البرامج المحلية مع معلومات عن التكلفة ، ومحتوى البرنامج وغير ذلك .

ويوضح الجدول (٢–٨) مثالاً لمثل تلك المعلومات المتوفرة للمناحى المختلفة لإنقاص الوزن .

جدول ٢ – ٨ المعلومات عن المصادر المختلفة لانقاص الوزن

الإرشاد الغذائى	الإرشاد السلوكى	خطة النشاط	خطة الغذاء	مستويات السعرات الحرارية للراشدين
– متخصصون معتمدون فى النظام الغذائى متخصصون معتمدون في النظام الغذائي في البرامج الخاصة ، وبرامج المستشفيات ، وعيادات الصحة العامة ، والعيادات الخارجية الأخري . (إرشاد فردي أو جمعي)	إرشاد فردي أو جمعي ، يعتمد علي حاجات الفرد . يتم إستخدام إستراتيجيات إرشادية متنوعة .	التوجيه الفردي وتقديم الدعم .	تقوم علي أساس خطة أكل الفرد ، ويأخذ في الإعتبار الموقف العرقي ، والإجتماعي والمادي .	تعتمد علي أهداف التخسيس والحالة الصحية . ويتفاوت مدي السعرات الحرارية من المخزون البسيط إلي المعتدل ، مع زيادة النشاط .
– البرامج الرسمية لإنقاص الوزن برنامج ذو صبغة مجتمعية متعدد المراكز . مركز الريجيم (مسئولية محدودة) ٩٢١ شارع بين ، بيتسبرج ص س ١٥٢٢٢ هاتف ٤١٢٣٣٨٨٧٠٠ (إرشاد فردي).	فصول فردية وجمعية.	أهداف رياضية فردية طورها المرشد، مع إستخدام برنامج كمبيوتر .	تأكيد الغذاء الفعلي المتاح في مخازن البقالة، ويتم بيع الأطعمة التي تستوفي محكات التغذية الخاصة بمركز الريجيم .	الرجال : خط أساسي ١٣٠٠ النساء خط أساسي ٩٤٥ والسعرات الإضافية تخضع لتقدير المرشد وتضع بعض المراكز مخزون السعرات علي أساس تحليل تركيب الجسم .

مؤهلات فريق الإشراف	التكاليف	المواصلة	تكرار الاتصال	تركيب النظام الغذائي: كربوهيدرات	دهون	بروتين
خلفية قوية في العلم والتغذية ، مع درجة البكالوريوس وتدريب متقدم . وينبغي أن يحقق متطلبات التعليم المستمر لاستمرار التسجيل أو الاعتماد بالإضافة إلي أو كجزء من تدريب خاص قد يرتبط بالأطباء ، والأخصائيين النفسيين أو المتخصصين في الرياضة البدنية.	تختلف باختلاف الخدمات المطلوبة	مكون حاسم ومهم في الخطة ومتوفر خطة سنوية	يعتمد علي الحاجة بالأهداف. ويشمل الإتصال المباشر والمتابعة بالهاتف . ويتفاوت من مرة كل أسبوع إلي مرتين في الشهر ، ثم ربع ونصف سنوية. تدخل مكثف في البداية . زيارات طبية وإختبارات معملية .	يترك لحالة كل فرد		
تدريب تأهيلي في مكتب استشاري وندوات مستمرة في الميدان . ويوجد ١٥٠٠ مركز في الولايات المتحدة وكندا	برنامج خدمة متكامل عادى لإنقاص ٣٠ رطلاً من الوزن، والمواصلة = ٦٠٠ دولار. وتتفاوت التكلفة بتفاوت المكان المركز	خطة سنوية	تتم بصفة يومية أثناء مرحلة الخفض ، وخلال مرحلة الترسيخ أو الإستقرار من ٢-٣ مرات في الأسبوع ، وفي مرحلة المواصلة مرة في الأسبوع لمدة عام .	٥٢٪-٦٢٪ (وتعتمد مستويات التغذية علي المرحلة التي وصل إليها البرنامج	٢٠٪-٢٨٪	١٦٪-٢٧٪

تابع : جدول ٢ – ٨ المعلومات عن المصادر المختلفة لانقاص الوزن

الإرشاد الغذائى	الإرشاد السلوكى	خطة النشاط	خطة الغذاء	مستويات السعرات الحرارية للراشدين
چيني كرايج (مسئولية محدودة) ٤٤٥ بنسيون المنظر البحري جناح ٣٠٠ دلمار ٩٢٠٤١ ٦١٩٢٥٩٧٠٠٠ (إرشاد فردي)	مناقشات جماعية مدعمة بشرائط فيديو وتتوفر شرائط سمعية في التكلفة الإضافية .	كتب لخطة رياضة شخصية، كتب لبرنامج مشي مع شريطين فيديو وشريطين تسجيل .	خطة غذاء خاص مع قائمة طعام أسبوعية سابقة الإعداد بالإضافة إلي فواكه طازجة وخضروات ومنتجات الحبوب والألبان .	الرجال ١٢٠٠-١٧٠٠ النساء ١٠٠٠-١٥٠٠ .
نظام تغذية (مسئولية محدودة) ٣٨٠ شتري بيكواي ، بلوبل ص.ب ١٩٤٢٢ ، ٢١٥٩٤٠٣٠٠٠ (إرشاد فردى)	فصول ذات مجموعات صغيرة، تجهز للفرد من خلال استخدام البروفيل السلوكى	خطة نشاط شخصي من ثلاثة أجزاء للنشاطات اليومية ، المشي تمرينات اللياقة والأيروبيكس مع ٢ شريط فيديو للايروبيكس مع الاتصال بمؤسسة الرشاقة والأيروبكس في أمريكا	خطة غذاء شخصى تخضع لاختيار العميل الفردي من ١٠٠ بند تقريباً ، فواكه طازجة ، خضروات ولبن غير دسم من البقالة	الرجال ١٢٠٠ - ١٥٠٠ أو أكثر ، ويعتمد علي حاجة الفرد النساء ١١٠٠-١٥٠٠ أو أكثر يعتمد علي الحاجات الفردية (فى كندا ١٢٠٠ سعر حراري)
مراقبة الوزن الدولية (مسئولية محدودة) جيركو اترويم ٥٠٠ شمال بروداوي ، جيركو، نيويورك	مقابلات جمعية (٢٥-٣٠فى المتوسط)، تقدم كمعلومات	خطة رياضية فردية متعددة المستويات تؤكد الشدة	خطة غذائية تقوم علي أساس مجموعة من الخيارات لست	الرجال من ١٢٠٠-١٦٠٠ ، والنساء من ١٠٠٠-١٤٥٠

تركيب النظام الغذائي			تكرار الاتصال	المواصلة	التكاليف	مؤهلات فريق الإشراف
بروتين	دهون	كربوهيدرات				
٪٢٠	٪٢٠	٪٦٠	مرتين في الأسبوع : (١) ٢٠ دقيقة من الإستشارة الفردية وواحد فصل جمعي مدته ٤٠ دقيقة .	خطة سنوية ٥٠٪ إعادة مع مواصلة لخفض الوزن لمدة عام	برنامج خدمة متكامل عادي لكل الوزن ، الذي يرغب الشخص في إنقاصه ويشمل المواصلة =١٧٨ دولار وتكاليف الأكل ١٠ دولارات في اليوم	برنامج تدريب مدته ٤٠ ساعة و٨ ساعات متابعة وتدريب فردي في المركز، ويوجد ٥٢٠ مركزاً في الولايات المتحدة وكندا .
٢٢- ٪٢٣	١٥- ٪١٦	٪٦٢	مرة في الأسبوع لمدة ساعة والعناية بالهاتف . وقد يزور العملاء المركز مرات إضافية إذا رغبوا في ذلك	خطة شخصية لمدة عام ٥٠٪ إعادة مع مواصلة لإنقاص الوزن لمدة عام	برنامج متكامل عادي لإنقاص ٣٠ رطلاً من الوزن والمواصلة = ٣٠٠ - ٤٠٠ دولار تكاليف الأكل ٩ - ٥٠ دولار في اليوم	فصل رسمي لنظام التغذية وتدريب داخلي بالمركز ، وتأهيل للتغذية والارشاد السلوكي ، ويواصل المرشدون في تلقي تدريب الأفراد بعد التخرج . يوجد تقريباً حوالي ١٨٠٠ مركز في الولاليات المتحدة وكندا .
	كندا					
٪٢٦ ١٢- ٪٢٠	٪١٨ اكبرمن ٪٣٠	٪٥٦ ٥٠- ٪٦٠	مرة أسبوعيا لمدة ساعة تقريباً	خطط مواصلة فردية بالإضافة إلي عضوية مدي الحياة	رسم تسجيل (متوسط ١٧ دولار) وتغييرات مقابلة جمعية	خريجون مدربون سابقاً في البرنامج ينبغي المحافظة علي

تابع : جدول ٢ – ٨ المعلومات عن المصادر المختلفة لانقاص الوزن

الإرشاد الغذائى	الإرشاد السلوكى	خطة النشاط	خطة الغذاء	مستويات السعرات الحرارية للراشدين
١١٧٥٣٢١٩٦ ٥١٦٩٣٩٠٤٠٠	محددة في كيفية اتباع البرنامج التدعيمي لمواجهة تحديات انقاص الوزن ، الدافعية للتشجيع علي الالتحاق بالبرنامج ، والعائد الذي نجح فى إكمال البرنامج كنموذج للدور	المنخفضة ، والبقاء الأطول ، والنشاطات الأيروبيكس وتشمل هاديات للرشاقة واللياقة	قوائم من الطعام تستخدم الأطعمة التي تباع في محلات البقالة	
خطط لنظام غذائي منخفض السعرات الحرارية : برنامج صيام جزئي لإشراف مستشفى أو مكتب.	برنامج طبي خاضع لإشراف غذائى منخفض السعرات الحرارية، تعديل سلوك الدعم النفسى الجمعى ، التعليم الغذائى، الرياضة ، والمراقبة الطبية (زيارات أطباء ، اختبارات		مرحلة النظام الغذائي منخفض السعرات الحرارية (١٢ أسبوعاً ، يستهلك فيه المريض الأغذية السائلة خمس مرات في اليوم ، وتوفر حوالي ٤٢٠ – ٨٠٠ سعر حرارى	

تركيب النظام الغذائي: بروتين	تركيب النظام الغذائي: دهون	تركيب النظام الغذائي: كربوهيدرات	تكرار الاتصال	المواصلة	التكاليف	مؤهلات فريق الإشراف
				المتاحة ، دون تكلفة إذا استمر انخفاض الوزن	أسبوعية (١٠ دولارات في المتوسط للأسبوع حوالي حدا ١٧٥ دولار لانقاص ٣٠ رطلاً من الوزن ، علي أساس حد أقصى ١ - ٢ كيلوجرام في الأسبوع. وهناك خصم للدفع المقدم	الوزن . أساساً ٣٠ ساعة في مقابلات تدريبية. الاستمرار : ساعتين كل ٦ أسابيع فحص سنوى للمهارات والمعرفة بالبرنامج ٣٢٠٠٠٠ مقابلة في ٥٠٠٠ موقع في الولايات المتحدة وكندا
٣٥ - ٦٧٪	٤ - ١٥٪	٢٩ - ٥٠٪	زيارة للعيادة مرة أسبوعيا مع معالج سلوكي ومتخصص في الريجيم ، وزيارة طبيب أثناء النظام الغذائي منخفض السعرات مرتين أسبوعياً	مرحلة التثبيت بالإضافة إلي البرنامج ENCORE لمدة ٢٦ أسبوعاً ، وبرنامج مواصلة علي أساس سلوكي.	تتفاوت بين المراكز حوالي ٣٠٠٠ دولار لبرنامج يستمر ٢٦ أسبوعاً برنامج ENCORE للمواصلة حوالي ٥٠٠ دولار	متخصصون معتمدون في الريجيم وممرضات وأطباء متخصصون في الرياضة ، وأخصائيون نفسيون. تدريب مكثف لمدة أسبوع ٦ مرات في السنة ، تدريب من **مستوى متقدم ٣** أيام كل عام . دليل لبرنامج من ١٢ مجلداً

تابع : جدول ٢ – ٨ المعلومات عن المصادر المختلفة لانقاص الوزن

الإرشاد الغذائى	الإرشاد السلوكى	خطة النشاط	خطة الغذاء	مستويات السعرات الحرارية للراشدين
صيام أمثل Optifast – مؤسسة ساندوز للتغذية 5320w. 23 nd st P.O. Box 370 Munmeaplois MN 55440, 6129252100	معملية) أسبوعياً لمدة ٢٦ أسبوعاً.		مرحلة إعادة التغذية (٦أسابيع) إعادة تقديم الأغذية الصلبة مع زيادة تدريجية في السعرات الحرارية. مرحلة التثبيت (٧أسابيع) ، وجبة ثابتة من ١٢٠٠ – ١٥٠٠ سعر حرارى ويتم إيقاف المعلبات	
صيام متوسط Medifast مؤسسة جاسون Jason للصيدلانيات (مسئولية محدودة) ص .ب ٣٧٠ ، اونجز ميلز ٢١١١٧ ٣٠١٥٨١٨٠٤٢	المكون التعليمي هو برنامج أسلوب الحياة . توضع كجلسات جماعية أو إرشاد فردي. ومادة المريض عبارة عن مرشد من ١٦ فصلاً . ويماثل دليل قائد المجموعة خطة الفصل . وتغطى الفصول		مرحلة صيام لمدة ١٦ أسبوعاً ، مرحلة إعادة التغذية لمدة ٤ – ٦ أسابيع ، ومرحلة تثبيت اختيارية لمدة ١٢ أسبوعاً معادلة من بروتين مرتفع ، وكربوهيدرات منخفضة ٣٠ معادلات وبروتوكولين ٥٥– ٧٠ مقدار من السوائل في	

تركيب النظام الغذائي			تكرار الاتصال	المواصلة	التكاليف	مؤهلات فريق الإشراف
بروتين	دهون	كربوهيدرات				
٤٣- ٥٣٪	٢ - ٢٥٪	٢٨ - ٣٥٪	مراجعة طبية وإرشاد مرة كل أسبوع زيارة الطبيب مطلوبة مرتين في الشهر	أسلوب الحياة الثاني برنامج جمعي من ٢٤ أسبوعاً . ويعطي دليل قائد المجموعة خطط فصلية ، صفحات نشاط المريض ونشرة مجانية	تتفاوت مع تفاوت المكان ومدي البرنامج متوسط التكلفة ٦٥-٧٥ دولاراً في الأسبوع لزيارة المكتب والسوائل برنامج لمدة ١٦ أسبوعاً يكلف ١٠٤٠ - ١٢٠٠ دولاراً برنامج أسلوب الحياة ٢، مواصلة ٢٤ أسبوعاً يكلف من ١٩٢ - ٢٨٨ دولاراً	أدلة برنامج من ٣ أجزاء ، مع زيارة الطبيب برنامج تدريب لمدة يوم واحد ، يغطي البرنامج والمريض ٢٤٠ جلسة تدريب تعرض مستوي قومياً من الأطباء والمشرفين ندوة تعليم عن السمنة لمدة يومين في السنة .

تابع : جدول ٢ – ٨ المعلومات عن المصادر المختلفة لانقاص الوزن

الإرشاد الغذائى	الإرشاد السلوكى	خطة النشاط	خطة الغذاء	مستويات السعرات الحرارية للراشدين
	الستة عشر مجالات في التغذية ، التغيرات السلوكية والرياضية		خمس عبوات في اليوم (٤٤٠–٤٨٠سعر حراري)، لايقدم أي طعام. خطة بديلة تضيف وجبات صغيرة (٦٠٠ – ٦٥٠ سعراً حرارياً. الصيام المتوسط + ٨٠٠ سعراً حرارياً في اليوم في ٤ عبوات (٣٧٥ سعراً حرارياً) ووجبة محددة (٥٠٥ سعرات حرارية)	
* هناك برامج تقوم علي أساسا مكاتب جسمية تستخدم مناح مشابهة وتبحث عن إكمال التغذية أو الرياضة والمكوناتالسلوكية				
مجموعات المساعدة الذاتية مجموعة المساندة المقدرون المجهولون مكتب الخدمة العالمى صندوق بريد ٩٢٨٧٠ لوس انجلس ٩٠٠٠٩ ٢١٣٥٤٢٨٣٦٣	مجموعة مساعدة بدون مكسب . يشارك الأعضاء في مقابلات اسبوعية رياضيات روحية ، اجتماعات سنوية ، اتباع	لايوجد		

تركيب النظام الغذائي			تكرار الاتصال	المواصلة	التكاليف	مؤهلات فريق الإشراف
بروتين	دهون	كربوهيدرات				
			مقابلات مرة في الأسبوع	=	لاتوجد رسوم عضوية	أعضاء (غير متخصصين) ينفذون أنشطة ، وغير مطلوب التدريب توجد ١١٠٠٠ مجموعة علي مستوي العالم .

تابع : جدول ٢ – ٨ المعلومات عن المصادر المختلفة لانقاص الوزن

الإرشاد الغذائى	الإرشاد السلوكى	خطة النشاط	خطة الغذاء	مستويات السعرات الحرارية للراشدين
	برنامج الكحوليون المجهولون ويتكون من ١٢ خطوة لتصحيح السلوك . لاتوجد خطط للطعام إرشاد غذائى ، أو رياضة . ويشجع الأعضاء الذين يبحثون عن مثل هذا الإرشاد لاستشارة المتخصصين المؤهلين			
نادي Tops (إزالة أرطال معقولة) ص . ب. ٧٣٦. ميلواكي ٥٣٢٠٧ هاتف ٨٠٠٩٣٢٨٦٧٧	يحول الأعضاء إلي أطبائهم فيما يتعلق بالنظام الغذائى للإرشاد	لايوجد	تغيير قوائم الطعام	١٢٠٠-١٨٠٠ خطة طعام خاصة
وجبات سائلة لإيجاد النحافة السريعة ، شركة سليم فاست	برنامج تشجيع ذاتي ومراقبة	مشي ٣٠ دقيقة ، ٣ مرات في	منتجات سليم فاست للفطار	٢٠٠

تركيب النظام الغذائي			تكرار الاتصال	المواصلة	التكاليف	مؤهلات فريق الإشراف
بروتين	دهون	كربوهيدرات				
٢٠ - ٢٢٪	٣٥ - ٣٨٪	٤٠ - ٤٤٪	مــــرة كل أسبــوع في فصول خاصة	يلتحق الأعضاء بـــ KOPS (تجنب أرطال معقولة) في جماعة فخرية داخليـة مما يوفر مزيداً من الدافـعيـة للموافقة علي الوزن الجديد	١٦ دولاراً في السنة	قادة مجموعات متطوعين يتلقون مساعدة من العاملين بنادى Tops ١١٦٥٠ فصل علي مستوي العالم
يوصى بها ، لكنها ليست ضرورية						
٣١٪	٦٪	٦٣٪	لاتطبق (برنامج	طعام سليم فاست للفطار	خليط البودرة = ١ دولار عندما	لاتنطبق
مع ٨٠٪ لبن قشدة						

تابع : جدول ٢ – ٨ المعلومات عن المصادر المختلفة لانقاص الوزن

الإرشاد الغذائى	الإرشاد السلوكى	خطة النشاط	خطة الغذاء	مستويات السعرات الحرارية للراشدين
٩١٩ الشارع الثالث نيويورك ١٠٠٢٢، ٢١٢٦٨٨٤٤٢٠	ذاتية ، محاضرات في تخطيط الوجبات، الشراء والعشاء بالخارج	الأسبوع علي الأقل – طعام صلب	والغذاء ٢ – ٣ وجبات خفيفة تحتوى ٢٥٠ و٦٠٠ سعر في العشاء	
Dyna Trim Lederle Consumer Health Products American Cyanamd co Wayne. NJ 07470	برنامج تشجيع ذاتي، ومراقبة ذاتية يتوفر محاضرات في الاستهلاك	يوصي التراث المتاح بالرياضة ، وخاصة المشى ويقدم تعليمات للتعديل السلوكى	منتجات دينا تريم للفطار والغذاء ، وجبة خفيفة ، طعام صلب ، وجبة للعشاء	٢٢٠

تركيب النظام الغذائي			تكرار الاتصال	المواصلة	التكاليف	مؤهلات فريق الإشراف
بروتين	دهون	كربوهيدرات				
			مراقبة ذاتية)	وجبات قليلة الدسم للغذاء والعشاء . الرياضة المنتظمة.	يخلط باللبن تكلفة الطعام الصلب تضاف	
٣١٪ مع ٨٠ جرام لبن نسبة دسم ١٪	١٣٪	٥٦٪	لاتطبق (برنامج مراقبة ذاتية)	دينا تريم مرة أو مرتين في اليوم لتحل محل وجبة كاملة أو وجبة خفيفة . وجبات منخفضة السعرات، قائمة طعام مع أمثلة للغذاء والعشاء المتوازن	خليط البودرة ٧٥ دولاراً عندما يخلط مع اللبن ، تضاف تكاليف وجبة طعام صلبة	لاتطبق

ويمكن للعملاء أن يحصلوا على معلومات جيدة عن المصادر المحلية بزيارة هذه البرامج والحديث مع كل الأفراد الذين شاركوا فى برامج أخرى . ولو تم تحويل العملاء إلى برنامج آخر غير برنامجنا ، فإننا نعتقد أن هذه هى الخطوة الأولى كى يصبحوا مستخدمين جادين ومتعلمين لبرامج إنقاص الوزن . وحتى عندما يظل العملاء فى برنامجنا ، فإننا نوصيهم بأن يتذكروا عملية المضاهاة ، إذا إنتقلوا إلى برامج أخرى لاحقاً .

إننا نفترض عادة أن العملاء والأخصائيين الذين يعملون معهم لديهم معرفة متعمقة عن البرامج المتاحة . وقد حاول معظم العملاء أن يجربوا عديداً من البرامج قبل البحث عن العلاج فى مراكز متخصصة مثل مركزنا ولكن هذا لايحدث دائماً . فالرجال الذين يقل إحتمال إلتحاقهم ببرامج رسمية ، والنساء اللاتى تعتبر مشكلات الوزن لديهن حديثة قد يكون لديهم ، أو لديهن خبرة ضئيلة بإنقاص الوزن . وبإستخدام منحى الرعاية المتدرجة الذى سبق وصفه ، قد يستفيد هؤلاء العملاء من النصح بضرورة أن تكون توقعاتهم واقعية ، وأن يتجهوا إلى التغذية العامة والتمرينات الرياضية والتوجيه بالمراقبة الذاتية (١) . وقد تستدعى المشكلات الخاصة التى لم يغطيها الفحص مثل الأكل المفرط (التى سنناقشها فيما بعد) أنواعاً أخرى من التدخلات .

والعملاء الذين لم ينجحوا بمفردهم بعد محاولة مناسبة أو واضحة ، لن يعيروا مجموعات المساعدة الذاتية أو البرامج التجارية أو البرامج القائمة بالمستشفيات أى إهتمام أو تقدير إذا لم يكونوا قد حاولوا بالفعل تنفيذ هذه البدائل . ويوجد نوعان رئيسيان من مجموعات المساعدة الذاتية ؛ منها جماعات «إزالة الأرطال المعقولة» (٢) التى تقدم الدعم الإجتماعى والنصيحة الطبية بصفة عامة، حتى لو لم تكن متقنة أو متقدمة بالضرورة . وينبغى مراقبة العملاء فى منحى إزالة الأرطال المعقولة للتأكد من أنهم لايبالغون فى إنقاص الوزن على حساب التغيير السلوكى .

أما الشرهون المجهولون (٣) فإنهم يتبعون منحى مكوناً من إثنتى عشرة

---

(1) Self-monitoring.
(2) Take off pounds sensibly (TOPS).
(3) Overeaters Anonymous (OA).

خطوة ، وضعت عقب ظهور الكحوليين المجهولين (١) ويشجع برنامج الشرهين المجهولين – كسابقه – فلسفة نقص الضبط ، والتى قد تكون مناقضة لأهداف أخرى للعلاج ؛ فهى تؤكد التعاليم الدينية الروحية بإعتبارها سياقاً له معنى بالنسبة لبعض العملاء ، وتمنعها عن آخرين . وبرغم أن جماعات الشرهين المجهولين تفرض تحريمات (٢) لاتستند إلى دليل تجريبى ، فإن بعض الناس الذين فشلوا بإستخدام أساليب أخرى ، ذكروا أنهم نجحوا مع جماعات الشرهين المجهولين . وينبغى تشجيع العملاء المهتمين بجماعات الشرهين المجهولين على إستعراض بعض المقابلات مع العديد من الجماعات ، وبعد ذلك يجرون عدة مقابلات مع الجماعة ، التى يشعرون أنها أكثر راحة أو أقل إرهاقاً لهم لتأكيد أن رفض الشكل أو الصيغة ليس أساساً أو سبباً لإنكار المشكلة .

وتشمل البرامج التجارية ، على نحو تقليدى ، مشروعات للتخسيس تهدف للمنافسة والربح ، وتتدرج من العمليات الخاطفة ذات الربح العاجل حتى البدائل المحترمة التى تتميز بالحرص بصفة عامة مثل مراقبى الوزن . وتنطوى كل هذه البرامج على خصائص مشتركة ، منها : أنها تخضع لإشراف أشخاص ليسوا متخصصين فى النواحى الصحية ، وتتبع نظاماً غذائياً مقنعاً ، يشتمل فى بعض الأحيان على أساليب سلوكية دقيقة بصفة عامة . وعلى الرغم من أن هذه البرامج تعّول عادة على شهادة الإعلانات (٣) . وعلى الرغم من أن أرقام نجاحها المنشورة تصبح عادة بلا معنى من جراء معدلات العرض المرتفعة ، فإن بعض المستهلكين يظهرون نجاحاً . وينبغى تحذير العملاء من الأغذية المعبأة ، وأن يطالبوا بأنظمة غذائية خاصة . وقد كانت هذه الإجراءات تحظى بإهتمام فيدرالى أثناء كتابة الفصل الحالى .

وينبغى أن ينصح العملاء بطرح الأسئلة المناسبة عند تقويم البرامج التجارية . وقد ظهرت المحاولة الأولى لمساعدة العملاء فى هذا الصدد عام ١٩٩١ ، بواسطة مفوض شئون المستهلكين فى مدينة نيويورك .

ويقدم الجدول (٣-٨) : قائمة حقوق مستخدم إنقاص الوزن .

---

(1) Alcoholic Anonymous.

(2) Pohibitions.

(3) Testimonial advertisements.

١- لك الحق أن تسأل أسئلة عن المخاطر الصحية المحتملة لهذا البرنامج ، ومكوناته الغذائية ، والدعم الإجتماعى ، والمكونات التعليمية له .

٢- لك الحق فى أن تعرف التكلفة الفعلية للعلاج ، وتشمل التكاليف الإضافية ، والخدمات ، والتغذية ، والإختبارات المعملية .

٣- لك الحق فى أن تفحص مؤهلات المشرفين على البرنامج .

٤- لك الحق فى أن تفحص معدلات التسرب من العملاء من هذا البرنامج ، بالنسبة للعملاء ذوى الزيادة الشديدة والمعتدلة فى الوزن .

٥- لك الحق فى أن تعرف مدة البرنامج ، وينبغى أن يُوضح ذلك لك .

٦- لك الحق فى السرية والخصوصية .

* مأخوذ عن مفوضى شئون المستهلكين فى مدينة نيويورك ١٩٩١م .

وفى زمن زيادة الرعاية الصحية التنافسية من أجل زيادة الدخل ، والمدعومة بالإنتشار الحديث لبرامج الريجيم منخفضة السعرات الحرارية الموجهة طبياً ، دخلت عدة مستشفيات إلى معترك ضبط الوزن ، وربما إعتبرتها برامج تجارية . وهناك فى الوقت الراهن تفتيش فى هذا الجانب من جانب معدى الرعاية الصحية ، وقد أصبحت هذه البرامج - مثل التى سبق ذكرها تواً - موضوعاً لنقاش منظم ومكثف . وعلى الرغم من ذلك ، وبعكس البرامج التجارية فإن البرامج ذات الأساس الطبى (فى المستشفيات) يشرف عليها عادة متخصصون فى الصحة ، ومع ذلك ينبغى أن ينصح العملاء بطرح الأسئلة نفسها.

والخلاصة ، أن هناك العديد من المصادر المتاحة لمعظم الأفراد الذين يعانون من زيادة الوزن . ويتبنى المتخصصون فى الصحة عادة إتجاهاً مضاداً حيال البرامج التجارية وبرامج المساعدة الذاتية ، ولكننا نشعر بأنه يمكن أن يكون لها قيمة تضامنية فى البحث عن إنقاص طويل المدى للوزن ، ومن المهم أن يحيط كل من مقدم البرنامج والعميل بالمصادر المحلية ، ويصلوا إلى قرار كيفية إنقاص الوزن بطريقة تربوية غير متحيزة .

- الدور الرئيسي للفحص :

الفحص الأولي الموسع :

يعتبر الفحص الشامل ، كما هو الحال فى أى مشكلة ، خطوة أولية ضرورية فى صياغة خطة علاج السمنة . وتعتبر مشكلة السمنة بوجه خاص معقدة نظراً لتعدد أسبابها المرضية ، ومصاحباتها السلوكية والآثار النفسية الإجتماعية ، والمترتبات الطبية ، وتأسيساً على مفهوم المضاهاة الذى قدمناه آنفاً ، ينبغى جمع المعلومات التفصيلية للمساعدة فى إختيار العلاج المناسب للفرد ، لإستبعاد التعقيدات الطبية ولفهم البيئة الإجتماعية وتحديد الأسباب المرضية للأكل .

أو الأداء من بين أسباب أخرى . ويقدم الجدول (٤-٨) قائمة شاملة لعوامل الفحص .

ويعتبر أخذ المخاطر الطبية التى تسببها سمنة العميل فى الإعتبار . أمراً ضرورياً لتحديد ما إذا كان الفرد سيفقد وزنه أم لا ، وأنه إذا كان الأمر كذلك، فإلى أى مدى وبأى درجة من الإلحاح أو التعجل . وتعد المعلومات التى تؤخذ من الطبيب الخاص بالعميل - إذا كان لديه طبيب خاص - مفيدة هنا ، وينبغى تشجيع العميل الذى لم يجرى فحصاً طبياً حديثاً أن يفعل ذلك . ويمكن لبعض القياسات التى تجمع فى الفحص الطبى أن تظهر - فى بعض الأحيان - حدوث تحسن سريع فى إنقاص الوزن ، ويمكن أن تمثل مصدراً قوياً لتدعيم العميل . ويعتبر إستقرار ضربات القلب ، ومحيط الجسم من بين تلك القياسات . وفى بعض الحالات الأخرى ، فإن التعقيدات الطبية للسمنة ، مثل ضغط الدم والسكر يمكن أن تتحسن مع إنقاص الوزن ، وتتطلب المراقبة بواسطة الطبيب .

كذلك فإن تقدير المترتبات النفسية الإجتماعية للسمنة يمكن أن يخفض أو يقلل من الحاجة للعلاج ، بالإضافة إلى تحديد ما إذا كانت هناك عوامل نفسية أو إجتماعية معينة فى حياة الفرد تسبب مشقة كافية وتحتاج لعناية خاصة . وسوف تطفو بعض هذه المعلومات على السطح عند أخذ تاريخ الوزن التفصيلى .

إن تقويم العوامل الطبية الحيوية التى تؤثر فى الوزن ، والتاريخ الشامل للوزن ، وفحص توقعات العميل يساعد الأخصائى فى تطوير صورة للحدود الفيزيقية لإنقاص الوزن وللعوامل النفسية ، مثل : الأفكار أو الإنطباعات اللاواقعية عن كيفية الحدوث السريع لإنقاص الوزن . وسوف نناقش قضية أهداف العلاج

بالتفصيل فيما بعد ، فى أجزاء خاصة بالوزن والأهداف والتوقعات المثالية فى مقابل الوزن والأهداف ، والتوقعات المعقولة كموانع لتغيير الوزن .

وتتم أفضل طريقة لفحص أنماط الأكل الراهنة من خلال المراقبة الذاتية ، وهناك عديد من الصياغات المتاحة لتيسير ذلك (أنظر الشكل ٢-٨) .

(ضع كل بند من بنود الطعام وصف أسلوب إعدادها (محفوظ ، مطهى ، مسلوق ، مشوى ، غير مطبوخ) .

بند الطعام	الطريقة	الكمية	الوقت من النهار	مدة الأكل	الوجبات الخفيفة / الوجبات الرئيسية	مستوي الجوع قبل الأكل صفر=لا ٣= جوع شديد	النشاط أثناء الأكل	مكان الأكل	الموقف الاجتماعي (وجبة عائلية ، الأكل في الخارج ، وجبة في العمل ، الأكل منفرداً)	الشعور/المزاج	
										قبل الأكل	بعد الأكل

شكل (٢-٨) : صيغة مراقبة ذاتية لتسجيل إستهلاك الطعام ، والعوامل الموقفية المرتبطة بالأكل .

والتوقعات المثالية فى مقابل الوزن والأهداف والتوقعات المعقولة كموانع لتغيير الوزن .

وتتم أفضل طريقة لفحص أنماط الأكل الراهنة من خلال المراقبة الذاتية ،

وهناك عدد من الصياغات المتاحة لتيسير ذلك (انظر الشكل ٢-٨) ، وهناك إعتبارات عديدة ستكون على قدر كبير من الأهمية ، لو تم الحصول على معلومات صادقة : أولها أن الجهد المطلوب لمراقبة الذات بدقة يمكن الإعتراف به ووضعه فى الحسبان ، وإذا كان ضرر هذا التمرين لايقبل الجدل ، فإن الزمن الفعلى المطلوب لذلك ضئيل جداً . وثانيها أنه ينبغى الإتفاق على بعض وسائل التحديد الموضوعى للمقادير أو الكميات . وثالثها أنه على الرغم من الآثار التفاعلية[1] للمراقبة الذاتية ، فإنه ينبغى تشجيع العميل أن يأكل كما اعتاد أن يفعل ، ويمكن تدعيم المراقبة الذاتية بأن نؤكد للعميل أن هذه الأساليب ليست وسائل لمراقبته ، ولكنها ببساطة طريقة لإستحضار أنماطه المعتادة فى الأكل إلى عيادة المعالج . وينبغى أن يكون واضحاً أن المعالج لايدين أو يلوم العميل على أساس هذه البيانات (أو أى شيء آخر خاص بهذا الموضوع) . ورابعها أن هذا هو الوقت المثالى للبدء فى تغيير التوقعات المثالية ، فالعميل ينبغى أن يعلم أنه برغم مرغوبية الأرقام القياسية الكاملة ، فإن الأرقام القياسية الجزئية مفيدة أيضاً . وأخيراً فإنه عند الإلتحاق ينبغى مراجعة الأرقام المسجلة مع العميل لشرحها ، وأن يسمح للعميل – على سبيل المثال – أن يشير إلى أى نوبات الأكل تعتبر إفراطاً ، وأن يحدد الأسباب المرسبة المرتبطة بفقدان التحكم .

جدول (٤-٨) : العوامل المشتملة فى الفحص الأوّلى .

١- الخطورة الطبية لمشكلة الوزن :
أ- المشكلات الطبية الحالية المرتبطة بالسمنة .
ب- التاريخ العائلى للمشكلات المرتبطة بالسمنة .
جـ- المؤشر الإجمالى للجسم أو نسبة زيادة الوزن .
د- بنية الجسم .
هـ- توزيع الشحوم فى الجسم (الجزء الأعلى فى مقابل الجزء الأسفل) .
٢- المترتبات النفسية لمشكلة الوزن :
أ- التمييز الذى يصادفه فى العمل وفى المجتمع .

(1) Reactive.

ب- الضغوط التى يمارسها عليه الآخرون لإنقاص الوزن .
جـ- القيود الجسمية على النشاطات المهنية والترويحية .
د- إعتماد تقدير الذات على وزن الجسم .
هـ- زيادة عزو المشكلات إلى الوزن .

٣- العوامل الطبية الحيوية التى تؤثر فى الوزن :

أ- التاريخ العائلى للسمنة .
ب- أنواع التداوى .
جـ- ثبات معدل الأيض (عندما يتاح) .
د- حالة سن اليأس والإنجاب (لدى النساء) .
هـ- الفحص الطبى الحالى .

٤- تاريخ الوزن :

أ- العمر عند حدوث المشكلة .
ب- الأوزان المرتفعة والمنخفضة أثناء مرحلة الرشد .
جـ- محاولات إنقاص الوزن السابقة (الأساليب ، كميات النقص الأولية، حجم ومدة الإستمرر أو المحافظة على الوزن) .
د- الأسباب المرسبة للإنتكاسات السابقة .

٥- التوقعات :

أ- الوزن المستهدف .
ب- معدل تناقص الوزن .
جـ- سهولة إنقاص الوزن .
د- المتطلبات اللازمة لإنقاص الوزن .
هـ- مترتبات إنقاص الوزن .
(١) واقعية الأهداف الإيجابية المرغوبة .
(٢) الوعى بالآثار السلبية الممكنة .

٦- أنماط الأكل الحالية :

أ- الإختيارات الغذائية .

(١) مخزون السعرات الحرارية اليومى .

(٢) الإختيار للمغذى الرئيسى [1] .

(٣) التوازن بين المجموعات الغذائية .

(٤) مخزون الألياف .

(٥) مخزون الصوديوم .

ب- توزيع الأكل [2] .

(١) عدد الوجبات الخفيفة والرئيسية كل يوم .

(٢) معدل الأكل (مدة الوجبة) .

جـ- العوامل السلوكية المؤثرة فى الأكل .

(١) هاديات الأكل الزائد وغير المخطط (الوقت من النهار ، الموقع ، النشاطات المصاحبة ، الوقت المنقضى بعد آخر وجبة ، الأشخاص ، السمات البارزة فى الطعام ... إلخ) .

د- الأكل المفرط (الشراهة) .

(١) كمية الطعام .

(٢) التكرار .

(٣) مؤشرات فقدان التحكم .

٧- العوامل المعرفية :

أ - الكفاية الذاتية لإنقاص الوزن ، المحافظة ، ومتطلبات البرنامج .

ب- أسلوب التقويم الذاتى (منحى ثنائى ، منحى الكل أى لاشىء فى مقابل المنحى المستمر ، ومنحى درجة الحالة) .

جـ- أسلوب عزو النجاح والفشل .

---

(1) Macronutrient selection

(2) Eating Topagraphy

٨- أنماط النشاط :

أ - برنامج الرياضة الحالى .

(١) النوع .

(٢) التكرار .

(٣) الشدة .

(٤) المدة .

ب - برامج الرياضة السابقة .

(١) النوع ، التكرار ... إلخ (كالسابق) .

(٢) أسباب عدم الإستمرار .

جـ- الموانع الحالية للرياضة .

د- تفضيلات المريض لأنواع الرياضة .

هـ- نشاطات وقت الفراغ .

و- مدى النشاط الجسمى فى الروتين اليومى .

٩- المساندة الإجتماعية :

أ- الأشخاص الذين يؤثرون فى نجاح المريض (شريك الحياة ، الأسرة ، الأصدقاء ، زملاء العمل .... إلخ) .

ب- خطط المريض لإستخدام المساندة الإجتماعية .

جـ- إستجابات الآخرين لإنقاص الوزن ، ومحاولات إنقاص الوزن السابقة.

وسوف نقدم فيما بعد معلومات إضافية عن حفز العميل للإذعان لمهمة المراقبة الذاتية عند مناقشة التدخل .

وبمجرد الحصول على معدلات الأكل ومراجعتها ، يصبح التقدير الذكى لمعانيها الغذائية أمراً مهماً كما هو الحال بالنسبة لفحص مضامنيها السلوكية . وهذا واحد من بين أمثلة أخرى ، تعتبر فيها خبرة المتخصصون الآخرين مطلوبة . وينبغى إستشارة متخصص معتمد فى النظم الغذائية كلما أمكن ، ليقدم لنا

المردود[1] والتغييرات المطلوبة فى المسائل الغذائية .

ويتم الحصول على المعلومات عن العوامل المعرفية ، من خلال السؤال الصريح ، ومن خلال الإهتمام بالكيفية التى يربط بها العميل البيانات الأخرى . ولاتوجد أى معايير للكفاية الذاتية ، ويمكن تعلم الكثير عنها بأن نطلب من العميل أن يقدم تقديراته على مقياس يتكون من عشر نقاط ؛ لمدى ثقته فى معايشة أو مواجهة المواقف المختلفة المرتبطة بالنظام الغذائى ، وفى إنجاز التغييرات السلوكية المختلفة المطلوبة . وقد تبين أن تقديرات العميل للكفاية الذاتية فيما يتعلق بالأهداف المرتبطة بالوزن يمكن أن تكون منبئة بتناقص الوزن اللاحق (Stot-land & Zuroff,1991) . وفى الوقت ذاته ، فإن الأذن الحساسة يمكن أن تزودنا بالمزيد من المعلومات فيما يتعلق بكيفية تقويم العميل لجهوده ، وما إذا كانت مرات نجاحه أو فشله تعزى للذات أو لعوامل خارجية .

ويتطلب الفحص الدقيق لأنماط النشاط تأكيداً على التفسيرات العقلية للسلوك ونوعيته .

والعميل الذى يقول : «أنا عادة أمشى مرات قليلة فى الأسبوع» قد يكشف عند سؤاله بطريقة تتسم بالحرص أنه مر عليه ثلاثة شهور منذ آخر مرة مشى فيها . والرياضة قد تعنى أى شىء إبتداءً من قضاء ٤٥ دقيقة مرهقة من خطوات رياضة الأيروبكس [2] . حتى الدوران بملعب الجولف أثناء قيادة عربة بموتور[3] . والأكثر من ذلك ، فإن المعوقات الجسمية وأسلوب الحياة للرياضة لايمكن إنكارها ، وينبغى تحدديها إذا كان ينبغى أخذها فى الإعتبار لإبتكار برنامج واقعى للرياضة ، يكون له فرصته للنجاح . وعندما يوجد متخصص فسيولوجى فى التمرينات الرياضية (مع إدراك صعوبة التمرينات الرياضية للأشخاص المصابين بالسمنة) فإنه ينصح بإستشارته .

كذلك فإن المساندة الإجتماعية ينبغى أن تقدر بشكل محدد وواقعى . وينبغى تحديد الوسائل التى يرغب العميل فى أن يحصل بها على المساندة من الأشخاص الآخرين ذوى التأثير . وقد ترغب عميلة ما فى الحصول على

---

(1) Feedback

(2)Aerobics

(3) Motorized cart

الإستحسان والإهتمام اللافت للنظر من صديقة حميمة ، بينما تفضل أن يقلل زوجها من إنشغالاته ليعتنى بابنها ، وهى تقوم برياضة المشى . وينبغى أن نأخذ فى الإعتبار الطرق الممكنة التى يمكن للعميل أن يعزز بها هؤلاء الناس ؛ لتقديم النوع المطلوب من المساندة . وتوحى إستجابات الآخرين للمحاولات السابقة لإنقاص الوزن بكيفية إستجاباتهم للمحاولة التالية . فإذا كانت هذه الإستجابات غير مساندة ، فإن العميل سيكون على إستعداد لتعديلها أو تحويرها .

وفى بعض المواقف ، لاتكون بعض جوانب الفحص المذكورة فى الجدول (٤-٨) متاحة بسبب التكلفة أو نقص الأدوات ، وتعتبر بنية الجسم ومعدل الأيض الثابت أمثلة لذلك . ويمكن الحصول على المعلومات الرئيسية عن تاريخ الوزن ، وأنماط الأكل والرياضة والعوامل النفسية الإجتماعية المختلفة من خلال أساليب التقرير الذاتى والمقابلة . أما المعلومات الأكثر تفصيلاً عن مناحٍ معينة فى الفحص فهى متاحة من مصادر عديدة (Brownell,1980; Brownell & Wadden,1991; Wadden,1985) .

الإستعداد للنظام الغذائي :

يعتبر إنقاص الوزن والمحافظة على التغييرات السلوكية الأساسية على المدى الطويل تحدياً تحت أى ظرف من الظروف . وبالنسبة للشخص الذى ليس لديه حماساً أو دافعية عالية ، أو بالنسبة للشخص الذى يحتمل أن تتدخل ظروف حياته الفعلية ، يكون التحدى أكثر تثبيطاً . وفى ضوء ذلك ، طور براونيل Brownell (1990) إختباراً للإستعداد للنظام الغذائى (الريچيم) (١) ، وهو عبارة عن أداة للتقرير الذاتى تتكون من ٢٣ بنداً ، وتستخدم لفحص درجة جاهزية ودافعية الفرد للبدء فى البرنامج . ويعرض الشكل (٣-٨) هذا الإختبار .

وينقسم فحص الإستعداد إلى ستة أقسام ؛ فالمستجيب يمكن أن يضيف بعض النقاط للأسئلة فى كل قسم ويقارن هذه النقاط بالمحكات المقدمة كجزء من الإختبار ، وتتضح بؤرة التركيز فى كل قسم من خلال العناوين الواردة فى الشكل (٣-٨) .

ومن المهم أن نقرر أن إختبار الإستعداد للنظام الغذائى صمم كأداة إكلينيكية

---

(1) Diet readiness .

يمكن أن تستخدم كوسيلة لإثارة المناقشة حول قضايا مهمة بين المعالج والعميل . وتم فحص الخصائص السيكومترية والقيمة التنبؤية للإختبار أثناء كتابة هذا الفصل . وبناءً على ذلك ، ينبغى أن يتجنب كل من الأخصائى والعميل إستخدام الإختبار كأداة وحيدة فى إتخاذ قرار بدء الشخص لبرنامج التخسيس والكيفية التى يتم بها ذلك ، والأكثر من ذلك ، أنه يمكن أن يكون وسيلة مناسبة لتحديد بعض العوامل ، التى تمثل مشكلة ، وتحتاج إلى مزيد من المناقشة .

« أجب عن الأسئلة التالية لنرى ما مدى مناسبة إتجاهاتك لبرنامج إنقاص الوزن . ضع دائرة على الإجابة التى تصف إتجاهاتك بالنسبة لكل سؤال . وبعد الإنتهاء من الإجابة عن كل قسم من الأقسام ، أجمع أرقام إجاباتك وقارنها بدليل الدرجات فى نهاية كل قسم» .

القسم الأول: الأهداف والاتجاهات	١	٢	٣	٤	٥
١- ما مدي دافعيتك لإنقاص الوزن في هذه المرة ، مقارنة بالمحاولات السابقة .	ليس لدي دافعية علي الإطلاق	لدي دافعية بسيطة	لدي دافعية إلي حد ما	لدي دافعية تامة	لدي دافعية شديدة جداً
٢- إلي أي مدي أنت متأكد من أنك ستظل ملتحقاً ببرنامج إنقاص الوزن للفترة الزمنية ، التي توصلك إلي هدفك ؟	لست متأكداً علي الإطلاق	متأكد بدرجة ضئيلة	متأكد إلي حد ما	متأكد تماماً	متأكد جداً وبشدة
٣- في ضوء كل العوامل الخارجية في حياتك الآن (الضغوط التي	لا أستطيع تحمله	أستطيع تحمله إلي حد ما	لست متأكداً	أتحمله جيداً	أتحمله بسهولة

القسم الأول: الأهداف والاتجاهات	١	٢	٣	٤	٥
تشعر بها في العمل، الإلتزامات الأسرية .. الخ) إلي أي مدي تستطيع تحمل الجهد المطلوب لتخضع لنظام غذائي ؟					
٤- فكر بأمانة في مقدار الوزن الذي ترغب في إنقاصه ، والسرعة التي ترغب أن يتم بها ذلك ، ولو إفترضت حدوث تناقص في الوزن من ١-٢ رطل أسبوعياً ، ما مدي واقعية توقعك هذا ؟	غير واقعي تماماً	غير واقعي إلي حد ما	غير واقعي بدرجة متوسطة	واقعي إلي حد ما	واقعي جداً
٥- هل تتخيل أنك ستستطيع أن تاكل الكثير من طعامك المفضل ، أثناء النظام الغذائي؟	دائماً	كثيراً	أحياناً	نادراً	مطلقاً
٦- هل تشعر بالإكتئاب والغضب أو القلق أثناء الريجيم ؟	دائماً	كثيراً	أحياناً	نادراً	مطلقاً

* **مجموع درجات القسم الأول :**

إذا حصلت على درجات من :

(٦–١٦) : فهذا يعنى أن الوقت قد يكون غير مناسب للبدء فى برنامج لإنقاص الوزن . فنقص الدافعية والإلتزام بالإضافة إلى الأهداف غير الواقعية ، يمكن أن تعوق تقدمك . فكر فى الأشياء المسئولة عن ذلك ، وحاول تغييرها قبل الشروع فى برنامج للنظام الغذائى .

(١٧–٢٣) : أنت تقترب من أن تكون مستعداً للبدء فى البرنامج ، ولكن فكر فى الطرق التى تعزز أو تقوى إستعدادك قبل البدء فيه .

(٢٤–٣٠) : الطريق واضح فيما يتعلق بالأهداف والإتجاهات .

القسم الثاني: الجوع وهاديات الأكل	١	٢	٣	٤	٥
٧- إذا جاء ذكر الطعام في محادثة أو في شيء تقرأه ، هل ترغب في الأكل حتي لو لم تكن جائعاً ؟	مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
٨- هل من المعتاد أن تأكل بسبب الجوع الجسمي ؟	دائماً	كثيراً	أحياناً	نادراً	مطلقاً
٩- هل لديك متاعب فيما يتعلق بالتحكم في الأكل ، عندما تكون الأطعمة التي تحبها قريبة من متناول يدك؟	مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً

مجموع درجات القسم الثاني :

إذا حصلت على درجات من :

(٣-٦) : يعنى أنك قد تأكل فى بعض المناسبات أكثر مما تريد ، لكن لايبدو أنه نتيجة لإستجابية مرتفعة للهاديات البيئية ، ويعتبر التحكم فى الإتجاهات التى تدفعك للأكل أمر له فائدة خاصة .

(٧-٩) : ربما كان لديك ميل معتدل للأكل بمجرد توفر الطعام . وسيكون النظام الغذائى سهلاً لك ، إذا حاولت مقاومة الهاديات الخارجية ، وأن تأكل عندما تشعر بالجوع الجسدى فقط .

(١٠-١٥) : بعض أكلك أو معظمه قد يكون إستجابة للتفكير فى الطعام ، أو من جراء تعريض نفسك لإغراءات الأكل : فكر فى الطرق التى تقلل من تعرضك للإغراءات ، بحيث تأكل فقط كإستجابة للجوع الجسمى .

القسم الثالث : التحكم فى الأكل	١	٢	٣	٤	٥
* إذا حدثت المواقف التالية وأنت تنفذ نظاماً غذائياً هل من المحتمل أن تأكل كثيراً أو قليلاً بعد ذلك مباشرة وطوال اليوم ؟					
١٠- أخذك صديقك للخارج لتناول وجبة في منتصف النهار ، مع أنك كنت مخططاً ألا تتناول طعام الغذاء .	تأكل قليلاً جداً	تأكل قليلاً إلى حد ما	ليس هناك فرق	تأكل كثيراً إلي حد ما	تأكل كثيراً جداً

القسم الثالث : التحكم فى الأكل	١	٢	٣	٤	٥
١١- تحطم نظامك الغذائي بأكل طعام دسم وممنوع .	تأكل قليلاً جداً	تأكل قليلاً إلى حد ما	ليس هناك فرق	تأكل كثيراً إلي حد ما	تأكل كثيراً جداً
١٢- كنت مواظباً علي نظامك الغذائي بإخلاص ، وقررت إختبار نفسك بأكل شيء ما تعتبره ممتعاً .	تأكل قليلاً جداً	تأكل قليلاً إلى حد ما	ليس هناك فرق	تأكل كثيراً إلي حد ما	تأكل كثيراً جداً

*** مجموع درجات القسم الثالث :**

إذا حصلت على درجات من :

(٣ - ٧) : أنت تتخلص بسرعة من الأخطاء . ومع ذلك إذا كنت تتردد بين الأكل بلا تحكم والنظام الغذائى الصارم ، فأنت تعانى من مشكلات خطيرة فى الأكل ، وتحتاج إلى مساعدة متخصصة .

(٨-١١) : يبدو أنك لاتسمح للأكل غير المنظم بأن يفسد برنامجك ، وهذا منحى مرن ومتوازن .

(١٢-١٥) : أنت ميال إلى زيادة الأكل بعد حدث مايحطم سيطرتك أو يخرجك عن المسار الصحيح ، ويمكن تحسين إستجابتك لهذه الأحداث المسببة لمشكلة الأكل .

- القسم الرابع : الأكل المفرط والإسهال :

١٣- بعيداً عن إجازات الأعياد ، هل حدث أن أكلت كمية كبيرة من الطعام بسرعة ، وشعرت حينئذ أن هذا الأكل كان مفرطاً وخارج سيطرتك ؟

٢	صفر
نعم	لا

١٤- إذا أجبت عن السؤال ١٣ بنعم ، فهل حدث أن إنخرطت فى هذا السلوك أثناء السنة الماضية ؟

١	٢	٣	٤	٥	٦
أقل من مرة فى الشهر	حوالى مرة فى الشهر	مرات قليلة فى الشهر	حوالى مرة فى الأسبوع	حوالى ثلاث مرات فى الأسبوع	يومياً

١٥- هل حدث أن إستخدمت الإسهال (بإستعمال مسهلات ، مدرات البول أو مسببات القيء) للتحكم فى وزنك ؟

٥	صفر
نعم	لا

١٦- إذا أجبت عن السؤال ١٥ بنعم ، فهل إنهمكت فى هذا السلوك خلال السنة الماضية ؟

١	٢	٣	٤	٥	٦
أقل من مرة فى الشهر	حوالى مرة فى الشهر	مرات قليلة فى الشهر	حوالى مرة فى الأسبوع	حوالى ثلاث مرات فى الأسبوع	يومياً

مجموع درجات القسم الرابع :

- إذا حصلت على درجات من :

(صفر-١) : يبدو أن الأكل المفرط والإسهال ليس مشكلة بالنسبة لك .

(٢ - ١١) : إنتبه إلى هذه الأنماط فى الأكل ؛ لأنها إذا تكررت كثيراً فستتطلب المساعدة المتخصصة .

(١٢-١٩) : لديك علامات لإحتمال وجود مشكلات خطيرة فى الأكل . راجع مرشداً خبيراً فى تقييم إضطرابات الأكل فى الحال .

القسم الخامس : الأكل الإنفعالى	١	٢	٣	٤	٥
١٧- هل تأكل أكثر مما تحب عندمـا تمر بمشاعر سلبية مثل القلق والإكـتـئـاب والغضب أو الوحدة؟	مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
١٨- هل تعـانـي من متاعب في التحكم في الأكل عندما تمر بمشاعر إيجابية وهل الأكل هو الطريقـة التي تحـتـفل بهـا عندما تمر بمشـاعر طيبة؟	مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
١٩- عندمـا تحـدث تفاعلات غير سارة بينك وبين الآخـرين في حياتك ، أو بعد يوم من العـمـل الشـاق، هل تأكل أكثر مما تريد ؟	مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً

*** مجموع درجات القسم الخامس :**

- إذا حصلت على درجات من :

(٣-٨) : أنت لاتسمح لإنفعالاتك بأن تؤثر فى أكلك .

(٩-١١) : أنت تأكل فى بعض الأحيـان إستجابة للتقلبات الإنفعاليـة . راقب

سلوكك لتتعلم متى ولماذا يحدث ذلك ، وكن مستعداً لإيجاد نشاطات بديلة .

(١٢-١٥) : التذبذب الإنفعالى يمكن أن يستثير أكلك . حاول أن تتعامل مع المشاعر التى تستثير الأكل وأبحث عن طرق أخرى للتعبير عنها .

القسم السادس: أنماط الرياضة والاتجاهات	١	٢	٣	٤	٥
٢٠- هل تلعب رياضة عادة؟	مطلقاً	نادراً	أحياناً	إلي حد ما	كثيراً
٢١- هل أنت واثق بأنك سوف تلعب رياضة بإستمرار؟	لست واثقاً علي الإطلاق	واثق بدرجة ضئيلة	واثق إلي حد ما	واثق بدرجة مرتفعة	واثق تماماً
٢٢- متي فكرت في الرياضة ، هل كانت الصورة في ذهنك إيجابية أم سلبية ؟	سلبية تماماً	سلبية إلي حد ما	محايدة	إيجابية إلي حد ما	إيجابية تماماً
٢٣- هل أنت متاكد بأنك ستمارس الرياضة بإنتظام خلال جدولك اليومي؟	لست متاكداً على الإطلاق	متاكد بدرجة ضئيلة	متاكد إلي خد ما	متاكد تماماً	متاكد بشدة

*** مجموع درجات القسم السادس :**

- إذا حصلت على درجات من :

(٤-١٠) : من المحتمل إنك لن تستطيع أن تلعب رياضة بإنتظام كما ينبغى . حدد ما إذا كانت إتجاهاتك نحو الرياضة تعوق طريقك أم لا ، وعندئذ غيّر ما ينبغى تغييره ، ثم إرتد حذاء المشى .

(١١–١٦) : أنت تحتاج لمشاعر إيجابية نحو الرياضة حتى تستطيع ممارستها بشكل متكرر فكر فى الطرق الأكثر إيجابية ، والمتعة التى تناسب أسلوب حياتك .

(١٧–٢٠) : يبدو أن الطريق ممهد وواضح أمامك لتكون نشيطاً . والآن فكر فى الطرق التى ترفع دافعيتك وبعد أن تعطى نفسك درجة على كل قسم من هذا الإستخبار ، ستتمكن من الحكم الصحيح على مدى قوة أو ضعف نظامك الغذائى. تذكر أن الخطوة الأولى فى تغيير سلوك الأكل هو أن تفهم الظروف التى تؤثر فى عادات الأكل لديك .

* شكل (٣–٨) : إختبار الإستعداد للنظام الغذائي . يفحص هذا الإختبار درجة إستعداد الفرد للبدء في برنامج لإنقاص الوزن . (مأخوذ عن الإستعداد للنظام الغذائي الذي وضعه براونيل Brownell ١٩٩٠ ، تنظيم ضبط الوزن ١ ، ص ص ٦–٨ ، النسخة الأصلية من منشورات مؤسسة الصحة الإمريكية للنشر) .

- الحساسية الإكلينيكية أثناء الفحص :

هناك عديد من الفرص لكى نعرف الكثير عن العميل ، حتى عندما نسأله أسئلة روتينية . وعلى سبيل المثال ، فإن الحصول على تاريخ الوزن ذو أهمية واضحة ويتم الحصول على تاريخ الوزن ، فى بعض البرامج ، من خلال أسئلة من نوع الورقة والقلم تقدم للأفراد ؛ لكى يذكروا أوزانهم فى مراحل عمرية معينة ، ويذكروا محاولات التخسيس فى برامج سابقة . ومع ذلك ، وبالإضافة إلى هذه المقاييس فنحن نجرى مقابلة مع كل عميل ؛ لكى نعرف أقصى مايمكن معرفته حول بداية مشكلات الوزن ، والعوامل المسببة للإنتكاس ، وخبرات المحافظة على الوزن وغير ذلك .

وفى الحوار التالى تكشف المقابلة العوامل النفسية المهمة المرتبطة بالوزن .

«سيرينا Serena أنثى تبلغ من العمر ٣٢ عاماً طولها ٥,٧ بوصة ، وكانت أول جملة تقولها للمعالج فى الزيارة الأولى « أنا مريضة ، وترهقنى المنخفضات والمرتفعات . إننى أكره أن أعود الزيادة فى الوزن بقدر ما أكره النظام الغذائى . ولكنى أريد أن أتعلم كيف أتجنب الزيادة هذه المرة» .

المعالج : متى بدأت مشكلة الوزن عندك ؟

سيرينا : كنت دائماً أبدو بدينة إلى حد ما ، لكنها بدأت تبدو خطيرة وأنا فى عامى الأخير فى المدرسة الثانوية .

المعالج : ما التغيّر الذى طرأ على وزنك حينئذ ؟

سيرينا : زدت من حوالى ١٣٠ إلى١٥٥ رطلاً ، ولكن الشىء السىء أن كل صديقاتى كان ينقصن وزنهن إستعداداً لدخول الجامعة .

المعالج : هل بإمكانك أن تتذكرى العوامل التى أسهمت فى زيادة وزنك ؟

سيرينا : ليس بالضبط ، ولكن فيما إعتقد أننى بدأت أتناول وجبات خفيفة بكثرة ، وآكل كثيراً فى الحفلات . هذه بعض الأشياء .

المعالج : وكيف كان يبدو وزنك منذ ذلك الحين ؟

سيرينا : يرتفع وينخفض ، ولكن الإرتفاع كان هو الأكثر دائماً من الإنخفاض .

المعالج : ما الحد الأدنى والأعلى لوزنك كفتاة فى مرحلة الرشد ؟

سيرينا : وزنى الحالى هو الحد الأعلى ، والحد الأدنى كان ١٤٠ رطلاً قبل أن أتخرج من الجامعة مباشرة .

المعالج : متى بدأت أول محاولة لإنقاص الوزن ؟

سيرينا : قرب إنتهاء عامى الأخير بالمدرسة الثانوية ، وبمجرد وصولى إلى كل ذلك الوزن ، حيث أخذتنى والدتى إلى «مراقبى الوزن» وفقدت حوالى ١٢ رطلاً من وزنى .

المعالج : وهل هذا هو ماكنتى ترغبين فى إنقاصه ؟

سيرينا : بالطبع لا ، كنت أريد أن أفقد أكثر من ذلك ، ولكنى كنت أصغر الأشخاص هناك ، ثم بدأت أشعر بفقدان الإهتمام بالبرنامج .

المعالج : ما الفترة التى إبتعدتيها عن البرنامج ؟

سيرينا : ليس طويلاً ، فقد بدأت الدراسة بالجامعة ، وكما تعرف «الطالب المبتدىء ١٥» ، بإستثناء حالتى فقد كنت الطالب المبتدىء ٣٠» .

المعالج : إذاً زاد وزنك إلى ١٧٥ رطلاً تقريباً ؟

سيرينا : شىء كهذا .

المعالج : ومتى كانت محاولتك الثانية لإنقاص الوزن ؟

سيرينا : كنت دائماً أجرب نوعاً أو أكثر من الريچيم أثناء الدراسة الجامعية ، ولكنها لم تؤثر كثيراً . ثم أخذت بعض الأدوية للريچيم ولكنها جعلتنى عصبية . وفى عامى الأخير فى الجامعة كنت جادة فى ذلك ؛ لأنى أعرف أنه سيكون لدى فرصة أفضل فى الحصول على وظيفة إذا لم أكن زائدة الوزن ؛ ومن ثم بدأت آكل وجبة واحدة فى اليوم مع ممارسة الرياضة بكثرة . وعند التخرج كنت قد فقدت من ٣٥ – ٤٠ رطلاً فيما أعتقد ، لا أتذكر بالضبط ، ولكنى أتذكر أن وزنى إنخفض إلى ١٤٢ رطلاً .

المعالج : وماذا فعلتى للحفاظ على ذلك ؟

سيرينا : (تضحك) لاشىء ، حصلت على أول وظيفة ، وزاد وزنى حوالى ٤٠–٤٥ رطلاً خلال السنتين التاليتين .

المعالج : ماذا حدث ؟

سيرينا : أعتقد أنها كانت مجموعة أشياء . الوظيفة الجديدة ، ليالى العمل ، الأشخاص الجدد ، لاأستطيع أن أتذكر بالضبط .

المعالج : هل كانت هناك محاولات رئيسية أخرى لإنقاص الوزن ؟

سيرينا : مرتان رئيسيتان ، فعندما كان عمرى ٢٥ سنة ذهبت إلى نظام للتغذية(١) ، وفقدت حوالى ٣٠ رطلاً وإنخفض وزنى إلى حوالى ١٥٥ رطلاً .

المعالج : وما طول الفترة التى حافظتى فيها على ذلك ؟

سيرينا : ربما كانت نصف عام أو نحو ذلك . ثم حصلت على وظيفة أخرى (بجانب الوظيفة الأولى) ، وإعتقدت أنه لن يكون لدى الوقت الكافى للأكل . وأعتقد إننى بدأت فى الزيادة بمجرد حصولى على الوظيفة الثانية . وحاولت ممارسة الرياضة فى البداية ، ولكنها أصبحت نوعاً من

(1) Nutri / System.

القتال . والمرة الثانية كانت قبل بلوغى الثلاثين بقليل (تضحك) ، وأعتقد أننى كنت عصبية لما حدث ، فشربت الكثير من المواد التى تعين على التخسيس ، وإشتريت دراجة رياضية وقطعت بها أميالاً كثيرة .

المعالج : وكم نقص وزنك ؟

سيرينا : لا أتذكر كم كان وزنى عندما بدأت ، فلم أزن نفسى . ولكنه كان أقل من الآن لأننى كنت أرتدى فساتين مقاسها أقل نمرة أو نمرتين عن مقاسى الحالى . وربما وصل وزنى إلى ١٤٥ رطلاً ، ولكنى لم أحافظ عليه طويلاً .

المعالج : فترة طويلة حتى وصلتى الثلاثين ؟

سيرينا : (تضحك) نعم ، لكن ليس أطول من ذلك . وتستطيع أن تقول – حقيقة – إننى بدأت الزيادة منذ ليلة عيد ميلادى . فقد نظم بعض أصدقائى حفلة لى ، ودعوا بعض الفتيان المرحين الظرفاء ، وكانوا يحاولون دائماً مغازلتى وبدأت فى الخروج مع واحد منهم ، خرجنا لنأكل كثيراً ، وأعتقد أننى بدأت الأكل بكثرة طوال الوقت .

المعالج : وماذا حدث لذلك الفتى ؟

سيرينا : توقف عن المجىء بعد فترة ، ولا أستطيع أن ألومه بعدما وصلت إليه من زيادة فى الوزن .

المعالج : وماذا حدث بالنسبة لعلاقاتك الأخرى ؟

سيرينا : ليس لدى علاقات كثيرة . وفى بعض الأحيان عندما ينقص وزنى ، أخرج مع شخص ما لفترة من الوقت ، وتعرف كيف يكون الحال عندئذ ، فكنت أستحوذ على المزيد من الإهتمام ، ولكنى كنت أعرف أنهم سيفقدون إهتمامهم بى عندما يزيد وزنى .

المعالج : إذاً أنت تقولين أنه لايكون لديك لقاءات عاطفية كثيرة عندما تكونى بدينة ، وعندما ينقص وزنك تبدأ لقاءتك فى الزيادة ، وعندئذ يزداد وزنك.

سيرينا : لم أفكر بهذا الشكل مطلقاً . هل تعنى أن الرجال يسببون السمنة ؟ (تضحك) ، وكل ذلك الوقت وأنا أحاول التوقف عن أكل الشيكولاته .

المعالج : بعض الناس يرون أن العلاقات أقل إزعاجاً إذا كانت أكثر جدية ، وبعض هؤلاء الناس يتراجعون ويقللون من العلاقات ويعودون لزيادة الأكل . إنه نوع مألوف من التسلية ، إذا لم يكن هناك شيء آخر . وأنتى على حق ، فالمرأة التى يزداد وزنها تقل إحتمالات بدايتها لعلاقات جديدة . ومن هذه الناحية فإن ذلك نوع من الأمان .

سيرينا : ولكنى أكره أن أكون بمفردى (توقف) ، ولكنى أعتقد أن هناك القليل الذى تفكر فيه عندما تكون بمفردك عنه عندما تكون مع شخص آخر .

المعالج : من الواضح أن هذا موضوع معقد ، ولكنه قد يكون مهماً ربما لأسباب أخرى وليس لمجرد المحافظة على وزنك . فهل ترغبين فى إكتشاف هذه المسألة ، سواء معى أو مع معالج آخر لكى نحاول فهمها ، وربما تستطيعين الخروج من دائرة هزيمة الذات (١) .

سيرينا : لم أفكر يوماً أننى سأخضع للعلاج ، لكن إذا كنت تعتقد أنه سيساعدنى ، فسأحاول أن أجربه .

بنية ومحتوي التدخل :

قد يجد المعالج الذى يساعد العميل على إنقاص وزنه أنه من المفيد تصور الهدف الرئيسى من العلاج على أنه مساعدة العميل على تبنى إستراتيجيات سلوكية ومعرفية ملائمة ، تيسر الإلتزام بنظام غذائى يتكون من التغذية والرياضة . وقد يكون من المفيد فى هذا الصدد أن نميّز بين التغييرات الغذائية والرياضية المطلوبة من ناحية ، وبين أساليب فاعلية هذه التغييرات من ناحية أخرى . ويترتب على ذلك ، أن خطط النظام الغذائى والرياضة – برغم أنها تمثل أهدافاً قد لايتم الحصول عليها فوراً – ينبغى أن توضع فى فترة مبكرة من العلاج . ويعتمد كلاهما – فى جانب كبير منهما – على الفحص ، وقد يتطلبان إستشارة متخصصين من تخصصات مناسبة .

- النظام الغذائي والرياضة :

خطة النظام الغذائى

بالرغم أنه ليس من الضرورى دائماً أن نحدد مستوى دقيقاً من إختزان

(1) Self-defeating cycle.

السعرات الحرارية ، فإن المدى العام ، على الأقل ، ينبغى أن يتحدد على أساس تقدير حاجة العميل للطاقة ، ومعدل التخسيس المطلوب . وقدرة العميل على تحديد الإستهلاك دون اللجوء للإفراط فى الآكل ، ومدى توافر مراقبة طبية متزامنة . ويعرف النظام الغذائى منخفض السعرات الحرارية (VLCDs) بأنه النظام الغذائى الذى يوفر ٨٠٠ سعر حرارى أو أقل فى اليوم . وينبغى تقديم النظام الغذائى منخفض السعرات الحرارية للأشخاص ، الذين يزيد وزنهم بحوالى ٣٠٪ ، على ألا يستخدم دون متابعة ومراقبة طبية حريصة . وفى ظل غياب المراقبة ، فإن النظم الغذائية لإنقاص الوزن ينبغى أن تقدم ١٢٠٠ سعر حرارى فى اليوم الواحد بصفة عامة . وينبغى أن يوضح للعميل أن النظم الغذائية منخفضة السعرات الحرارية التى تعزز الإنقاص السريع للوزن ، وتكون مصحوبة بتغييرات مرتفعة ، تحقق ذلك فى جانب منها بسبب فقدان الماء وخفض كتلة الجسم (١) .

إن مفهوم مخزون الدهون المحدد بالإضافة إلى مخزون السعرات الحرارية حقق بعض الإنتشار فى المنشورات العامة غير التخصصية . وعلى الرغم من أن الدهون تمثل المصدر الأعظم لزيادة السعرات الحرارية فى طعام معظم الأمريكيين ، فإن الدهون الخالصة غير مستحبة . ومازال من الممكن إستهلاك عدد جوهرى من السعرات الحرارية الزائدة ، مع الحفاظ على مخزون الدهون فى حده الأدنى . – خاصة مع زيادة إنتاج الأطعمة قليلة الدسم أو الخالية منه – حتى لو كان بعضها مرتفعاً فى محتوى السعرات الحرارية مثل الأنواع الأصلية غير المصنعة .

إن الإلتفات إلى الدهون أو السعرات الحرارية قد يؤدى إلى نظام غذائى ، غير متوازن فى العناصر الغذائية (المواد الكربوهيدراتية ، والبروتينية ، والدهون) والڤيتامينات والمعادن والألياف ، وينبغى أن تشمل خطة الريچيم السليم أطعمة من كل المجموعات الغذائية . وقد أصدرت إدارة الزراعة الأمريكية حديثاً توصيات منقحة للنظام الغذائى المتوازن ، أو مايسمى «الهرم الغذائى» (٢) ، والذى يمكن أن يستخدم كمرشد لإختيار الطعام . كذلك فإن خطط الريچيم القائمة على أساس نظام التبادل (٣) تمتاز بالتوازن الغذائى .

---

(1) Body mass.
(2) Food Pyramid.
(3) Exchange system.

إن كل شخص متمرس على ممارسة النظام الغذائى لديه تاريخ بقائمة من الأطعمة المحظورة أو الممنوعة ، وتؤدى إلى قيود لايمكن إتباعها إلا لفترة قصيرة من الزمن ، وهو يعرض هذهِ المرحلة لأنواع من الخلل مما يثير المزيد من التدهور الغذائى . وينبغى أن ينصح العملاء بإستمرار لتجنب الفكرة القائلة بأن «الأطعمة إما جيدة أو سيئة» ، والأفضل هو وصف الأطعمة فى ضوء معدل تكرار إستهلاكها (إحتراقها) ، وهذا يمكن أن يقلل الثنائية المعرفية «الكل أو لاشىء» ، والتى تحكم على محاولات إنقاص الوزن بالفشل غالباً .

ويعانى الكثير من الراشدين المصابين بالسمنة من ظروف صحية تحتاج وصفات غذائية خاصة جداً . وينبغى أن يحول العملاء الذين لديهم مثل هذه الظروف إلى متخصص معتمد فى النظام الغذائى ؛ ليقدم النظام الغذائى بالتشاور مع الطبيب الخاص بالعميل . وعلى سبيل المثال ، قد يحتاج مرضى السكر إلى عناية كبيرة فيما يتعلق بالمواد الكربوهيدراتية ، وأن يباعد ما بين الوجبات الرئيسية والخفيفة ، وقد يحتاج مرضى الزيادة الحادة فى الكوليسترول إلى خفض شديد فى المواد التى تحتوى على الدهون المشبعة والكوليسترول .

- خطة الرياضة :

أصبح هناك إعتراف متزايد بأن الرياضة مهمة للعناية طويلة المدى بالوزن ، وعلى الرغم من ذلك يحتفظ الكثير من العملاء بتوقعات غير واقعية عن النتائج قصيرة المدى للرياضة (أنظر الحوار التالى بين العميل والمعالج) ، وعندما لاتتحقق هذه التوقعات يشعر العميل بالإحباط واليأس ، ويتوقف عن محاولات القيام بالرياضة بشكل منتظم .

إن الطبيعة الدقيقة لدور الرياضة فى ضبط الوزن لم يتم تحديدها بعد وربما كان من المستغرب أن الدراسات حول آثار ممارسة الرياضة أثناء إنقاص الوزن غير متسقة فيما يتعلق بإظهار معدل متزايد من التناقص بإستثناء الحالات التى تكون فيها الرياضة متكررة وطويلة جداً . وربما كانت النتائج متسقة إلى حد ما فى الإيحاء بأن الرياضة قد تعين على الإحتفاظ بالمحيط العام للجسم ، أثناء عملية التخسيس ، مع وجود قيود معتدلة على السعرات الحرارية . ومع ذلك ، تبين معظم الدراسات الخاصة بالمصاحبات بعيدة المدى للرياضة أن البرنامج المنتظم من رياضة الإيروبكس المعتدلة عامل حاسم فى الحفاظ على الوزن .

العميل : لقد أخبرتك أن الرياضة لاتناسبنى . وقد تأكد ذلك هذا الأسبوع ، فقد خرجت للمشى أربع مرات هذا الأسبوع وفقدت ٢/١ رطل فقط من وزنى . وقد كنت أفضل من ذلك فى الأسبوعين الماضين عندما لم أمشي على الإطلاق .

المعالج : كيف تتصور تأثير المشى على عملية إنقاص الوزن ؟

العميل : كان ينبغى أن أفقد على الأقل رطلين أو أكثر ، لقد كنت أمشى بجدية فعلاً ، وأتنفس بعمق أثناء المشى .

المعالج : أنا أعلم أن الرياضة مهمة صعبة بالنسبة لك ، وسيكون من المفيد أن ترى النتائج على الميزان بعد قضاء أسبوع جيد من الرياضة . ولكن دعنا نراجع بعض حسابات إنقاص الوزن ، التى سبق أن ناقشناها . تذكر أن كل رطل من الشحوم بالجسم يحتوى على حوالى ٣٥٠٠ سعر حرارى كتقدير إجمالى . ولكى تفقد رطلاً من الدهون أو الشحوم ، فإنك تحتاج إلى إحراق حوالى ٣٥٠٠ سعر حرارى أو مايزيد عما إختزنته . والآن كم طول المسافة التى ينبغى أن تمشيها؟

العميل : لقد إخترت طريقاً طوله ميل واحد ومشيته على مدى أربعة أيام ، وقطعته مرتين فى المرة الأخيرة .

المعالج : معنى هذا أنك مشيت خمسة أميال هذا الأسبوع ، وهو إنجاز حقيقى . لكن دعنا نرى فربما كانت توقعاتك أكثر قليلاً مما كان يجب الوصول إليه . كم عدد السعرات الحرارية الإضافية التى تعتقد أنك أحرقتها عندما قطعت خمسة أميال ؟

العميل : لا أعرف ، ربما كانت حوالى ١٠٠٠ سعر حرارى فى كل ميل .

المعالج : فى الواقع ، أقل كثيراً ، التقدير المبدئى الفعلى الذى أحرقته هو ١٠٠ سعر حرارى إضافى لكل ميل .

العميل : معنى هذا أنه ينبغى علىّ أن أقطع هذه المسافة لفترة تزيد على سبعة أسابيع حتى أفقد رطلاً ؟ انسى ذلك ! لقد فقدت هذه الكمية فى كل يوم بإتباع نظام آتكن الغذائى (١) وبدون أية رياضة .

---

(1) Atkins diet.

المعالج : ليس إلى هذا الحد . تذكر إنك قلت أنك فى هذه المرة تبحث عن نجاح طويل المدى . وعن تواصل الحسابات لفترة قصيرة ؛ إذا مشيت المسافة نفسها كل أسبوع لمدة عام ، فإن هذا سيزيد قليلاً عن سبعة أرطال . وهذا لايبدو كثيراً ، ولكنى أعتقد أنك قلت إن وزنك زاد حوالى ٧٠ رطلاً فى السنوات العشر الماضية ، أى بمتوسط سبعة أرطال فى العام وفى السنوات العشر التالية سيؤدى إحراق ٥٠٠ سعر حرارى فى الأسبوع من جراء المشى إلى المحافظة على تناقص الوزن ، بدلاً من زيادته سبعين رطلاً أخرى .

العميل : ولكن ذلك لن يساعدنى الآن ؟

المعالج : إذاً نحن نحتاج إلى التفكير فى طرق أخرى لتشجيعك على المشى كل أسبوع أو حتى كل يوم ؛ حتى تحتفظ بدافعيتك ويصبح برنامج المشى أمراً روتينياً وممتعاً . وحتى لو كان المشى يعنى تناقص أكبر كل أسبوع، فلن تشعر به بسبب تغيّر وزن الماء لديك . دعنا نعمل لإيجاد بعض المكافآت التى تخضع لسيطرتك .

إن التوصية برياضة الإيروبكس أثناء التخسيس تستند عادة إلى عدة أشياء، منها : الزيادة التراكمية فى السعرات المحترقة ، وإستعمال الجسم المتزايد للشحوم المختزنة فيه أثناء تمرينات الإيروبكس المعتدلة ، والآثار المعروفة عن ملاءمتها لأوعية القلب وشرايينه ، والتحكم فى جلوكوز الدم ، وإذابة الكوليسترول . وتشمل رياضة الإيروبكس المشى التنشيطى مع الجرى ، وركوب الدراجة المتحركة أو الساكنة ، والتجديف ، والرقص الإيقاعى ، وتمرينات الرشاقة ، والسباحة والقفز .

ويرمز إلى مقاييس (١) رياضة الإيروبكس بإختصار «FIT» ؛ أى التكرار(٢) (فى الأسبوع) والشدة (٣) ، كما تقاس إما بمعدل ضربات القلب أو تقديرات الجهد المبذول ، والزمن (طول جلسة التمرين) . وقد يكون الأفضل عند تخطيط برنامج للرياضة البدء بشدة وزمن منخفضين نسبياً وزيادة التكرار ؛ حتى يصل العميل إلى معدل تمرين أربع أو خمس مرات فى الأسبوع ، وهذا يؤدى إلى ترسيخ أهمية

(1) Parameters.
(2) Frequency.
(3) Intensity.

الرياضة والإعتياد عليها . وبمجرد الوصول إلى معدل تكرار مناسب يمكن للعميل البدء فى زيادة الزمن ومن بعده الشدة .

وقد بدأ حديثاً الإهتمام بقيمة تدريبات المقاومة (غير الإيروبكس) فى إنقاص الوزن . فإذا كانت العضلة هى النسيج النشط من ناحية التمثيل الغذائى ، فمن المفترض أن تدريبات المقاومة تساعد فى الحفاظ على حجم العضلة أثناء إنقاص الوزن ، ومن ثم يتم الحفاظ على المعدل الأيضى المتبقى . ويمكن الجمع بين تدريبات المقاومة ورياضة الإيروبكس كطريقة لإنقاص الوزن ؛ خاصة بالنسبة للعملاء الذين يخضعون لنظام غذائى منخفض السعرات الحرارية ، على الرغم من أنه لم يتم التحقق من هذا الموضوع تجريبياً .

إن على المعالج أن يقر بصعوبة التمرينات الرياضية لعديد من الأشخاص المصابين بالسمنة ؛ لأن زيادة الوزن تمثل عبئاً إضافياً ينبغى تقبله وتحمله ، وقد تحد المشكلات المصاحبة من أنواع الرياضة التى يمكن التوصية بممارستها . وأخيراً فإن عديداً من الأشخاص المصابين بالسمنة يظهرون قلقاً زائداً عند ممارسة الرياضة مع الآخرين . وفى الواقع ، فقد ذكر عديد من العملاء قصص السخرية والإهانة ، التى تعرضوا لها من الغرباء ، وعلى المعالج أن يتحرى عن مثل هذه الأشياء .

ومن الأمور التى ينبغى أن تظل فى الذاكرة أن الراشدين المصابين بالسمنة يمثلون جماعة مستهدفة صحياً . وينبغى أن يحاط العملاء علماً بالرياضات التى لاتخضع للإشراف الطبى ، ويمكن أن يوفر فحص الملاءمة (١) الذى يجريه متخصص فسيولوجى فى التمرينات الرياضية ، مقياساً يمثل خط الأساس الذى يفيد فى الحكم على الأشكال اللاحقة من التحسن . ويمكن لهذا المقياس أن يقدم للعميل مردوداً محفزاً إضافة إلى التغيّر الحادث فى الوزن ، لإستخدامها فى فحص مدى الإستفادة الشخصية من التمرينات الرياضية ، أما بالنسبة للعملاء الذين لديهم ظروف جسمية تؤثر على إمكانية قيامهم بالتمرينات الرياضية ، فينبغى إستشارة متخصص فى فسيولوجيا التمرينات الرياضية لمعرفته بصعوبة الرياضة بالنسبة للأشخاص المصابين بالسمنة .

---

(1) Fitness assessment.

- **إستراتيجيات تعزيز التغييرات الغذائية والرياضية :**

من الأدوار الرئيسية للمعالج السلوكى فى المرحلة الأولى من ضبط الوزن ، المساعدة المباشرة للعميل فى إنجاز التغييرات الغذائية والرياضية المطلوبة ، وتمهيد الطريق أمام الأنماط السلوكية التى ستعزز الإستمرار . ويتضمن ذلك : المراقبة الذاتية ، ووضع الأهداف ، والتدعيم الذاتى ، والتغييرات فى سلوك الأكل، والتحكم فى المثير ، وتبنى إستراتيجيات معرفية سلوكية ، وحشد المساندة الاجتماعية.

- **المراقبة الذاتية :**

لاتعتبر المراقبة الذاتية مهمة أثناء الفحص المبدئى فحسب ، ولكن أثناء العلاج وبعده كذلك . ويمكن إستخدام الآثار التفاعلية للمراقبة الذاتية ؛ لإظهار مزاياها بعد الفحص المبدئى . كما أنها تمثل أثناء العلاج وسيلة لتعقب النجاح وتحديد مناطق المشكلات ، وتوفر للمعالج مدخلاً جاهزاً لمزيد من المعلومات المضبوطة عن مصير مجهودات العميل فى البيئة الواقعية . كذلك تعتبر المراقبة الذاتية أداة قيّمة للضبط الذاتى أثناء مرحلة المحافظة على الوزن (ويعرض الشكل ٨-٢ عينة من صور المراقبة الذاتية) .

يعتبر إستهلاك الطعام هدفاً طبيعياً للمراقبة الذاتية . وبمجرد بدء العلاج ، ليس من الضرورى عادة ، إستخراج المعلومات التفصيلية التى تكون مطلوبة أثناء الفحص المبدئى ؛ فأنواع الطعام وكميته وطرق إعداده ، وزمن إستهلاكه تعتبر كافية عادة . وينبغى أن تفحص هذه البيانات ويتم التعليق عليها بهدف تدعيم عملية التسجيل ، مهما كان المخزون المذكور مطابقاً للمواصفات بشكل كبير أو قليل .

وفى بعض الأحيان قد يرفض العملاء إكمال السجلات . وقد استخدم عديد من الناس سجلات الطعام كجزء من برامج أخرى ، ووجدوا أن المحاولة مكررة ومملة ، بالإضافة إلى الشكوى الشائعة بأن المسألة تحتاج إلى جهد ضخم . وقد يشعر البعض الآخر منهم بالإرتباك ، أو يرون أن الرياضة شيء يناسب الأطفال . ولكننا نصر على أنه ينبغى الإحتفاظ بالسجلات لما بها من معلومات قيمة لنا وللعملاء . ومن بين أمثلة الأسباب المنطقية التى يمكن إستخدامها لتشجيع المعدلات المرتفعة من التعديل على صور المراقبة الذاتية ماورد فى الشكل(٤-٨) .

وينبغى أن تخضع الرياضة للمراقبة الذاتية لما لها من آثار تدعيمية إضافة إلى المعلومات . وبالمثل ، فإن تطبيق التغييرات الموصى بها فى سلوك الأكل موضوع مفيد للمراقبة الذاتية تماماً مثل المنبهات التى تصاحب نوبات الأكل غير المخططة .

ويتفاوت مدى خضوع وزن الجسم للمراقبة الذاتية طبقاً لمرحلة العلاج وخصائص العميل . ومن المهم أن نعد العميل للمشاركة فى بعض صور المراقبة الذاتية للوزن بعد العلاج مباشرة ، ومن ثم يمكن إثارة خطط العودة ، عندما يعلو الوزن فوق نقطة منتقاة .

إن المراقبة الذاتية للوزن خلال عملية إنقاص الوزن ينبغى أن توصف وتشرح بطريقة لاتشجع التعويل على تغيير الوزن ، بإعتباره المقياس الوحيد للتقدم . وقد يكون أداء بعض الأفراد الذين يشغلهم تغيّر الوزن – لدرجة أنهم يزنون أنفسهم عدة مرات كل يوم – أفضل حتى لو كانت نتيجة أوزانهم لأنفسهم غير مشجعة فى البداية . ومع ذلك ينبغى أن نتذكر أنه إذا كان التخسيس هو الهدف من العلاج ، فلا مفر من الحصول على الوزن فى بعض الأحيان وأنه لايمكن أن نتجنب رد فعل العميل لذلك . وعلى المعالج ألا يفترض مطلقاً أن عدم تأكيد تغيّرات الوزن فى جلسات العلاج سوف يقلل من تركيز العميل عليها .

وهناك جدل قد يثار حول مدى مرغوبية التسجيل اليومى للوزن لبعض العملاء . ومن منظور إكتساب العادة ، فإن التسجيل اليومى ، خاصة عندما تتم فى الوقت نفسه كل يوم ، ربما تكون أكثر فاعلية عن التسجيل الأسبوعى ، وبما أن التذبذب فى الماء داخل الجسم يغطى التغيّر فى مستوى الدهون المختزنة على المدى القصير ، فإن الوزن اليومى يمكن أن يسمح للعميل بأن يتعلم العشوائية(١) والإنتظام فى هذه التغيّرات . أما بالنسبة للعميل ذى الإستجابة الإنفعالية المرتفعة لتغيّرات الوزن ، فإن التعرض للتغيّرات اليومية فى وزن الجسم أثناء العلاج يمكن أن يوفر مقياساً ما للتحصين (٢) ضد تقلبات التغيّرات اليومية . وتعتبر الرسوم البيانية للوزن التى تحتوى على نقاط كثيرة للمعلومات أفضل فى الإشارة للأنماط العامة من الرسوم البيانية ، التى تحتوى على نقاط قليلة للمعلومات . والأكثر من

(1) Randomness.
(2) Desensitization.

ذلك ، فإنه يمكن للعميل أن يجد بعض العزاء إذا إقتنع بأن خيبة الأمل الناتجة عن الوزن التى تستمر لمدة ٢٤ ساعة ، أفضل من التى تستمر سبعة أيام على سبيل المثال . أما بالنسبة للعملاء الآخرين الذين لايتحملون التذبذبات اليومية ، فينصحون بأن تكون عملية الوزن أقل تكراراً .

- الأهداف السلوكية والمكافآت :

إن العنصر المهم فى المجهودات قصيرة وطويلة المدى للتحكم فى السمنة هو الاستخدام المناسب لأساليب وضع الأهداف والتدعيم الذاتى . ويمكن مساعدة العميل لإكتساب هذه المهارة فى فترة مبكرة ؛ لنسمح له بمحاكاتها وممارستها خلال مرحلة العلاج ولتجنب الإحباطات الناتجة عن أهداف العميل غير الواقعية ، سواء كانت صريحة أم ضمنية .

شكل (٨-٤) : الأسس المنطقية لتشجيع العميل على إكمال صور المراقبة ، مأخوذ عن برنامج LEARN للتحكم فى الوزن الذى وضعه ك. د. براونيل ١٩٩٢م ، من منشورات مؤسسة نشر الصحة الأمريكية .

الأول وربما الأكثر أهمية : أن أسلوب الحياة الذى ينبغى أن تتعلمه هو الاحتفاظ بالسجلات . عليك أن تحتفظ بسجلات لأكلك ، وتمريناتك الرياضية ووزنك ، وعليك أن تحتفظ بالمزيد من السجلات ولاتنزعج من هذا فهناك أسباب جيدة لذلك .

- الوعى خطوة جوهرية فى تغيير العادات : وقد يكون لديك بالفعل إهتمام كبير بعاداتك وأنماط وزنك ؛ خاصة إذا كنت تحتفظ بسجلات لنظام غذائى سابق ، وسوف تندهش من كثرة مايمكن أن تتعلمه .

وللوعى الذى تجنيه من الاحتفاظ بالسجلات عدة فوائد ، وسوف تتضح هذه الفوائد خلال أسابيع قليلة .

- عليك أن تعرف السعرات الحرارية : هناك سعرات حرارية كامنة فى الأشياء التى لاتشك فيها . هل تعتقد أن الزبادى طعام جيد للريجيم ؟ إن كوباً واحداً من زبادى الفاكهة به سعرات حرارية أكثر مما يوجد فى كوب من الآيس كريم . وتحتوى عشرة من شرائح شيبس البطاطس على ١١٠ سعر حرارى ، وهو مايفوق خمسة أكواب من الفيشار . وتؤكد معرفتك بالسعرات الحرارية أنك لن

تنخدع بالسعرات الحرارية المفاجئة .

- **عليك أن تكون واعياً بما تأكل** : قد تقول أنك تعرف ما تأكله بالطبع ، ومع ذلك لايتذكر الفرد عادة العدد الفعلى من "Doritos التى إستهلكها فى ساعة رضا أو جرامات الحليب التى حصلت عليها فى طبق من المعجنات ، هذه السعرات الحرارية تنسى عادة لأننا نحب أن ننساها !

- **عليك أن تزيد من تحكمك فى الأكل** : تسمح لك معرفة موقفك الفعلى من السعرات الحرارية اليومية بالحكم على إمكانية تناول أو عدم تناول أطعمة معينة . وعليك أن تحتفظ بقائمة السعرات الحرارية حتى تعرف الوجبات الخفيفة التى يمكن تناولها . إن معرفة موقعك تجعل الإختيار سهلاً بالنسبة لك .

- **ينبغى أن تصبح أنماط الأكل واضحة** : قد تكتشف أن معظم أكلك يتم بين العشاء ووقت النوم . بينما يأكل شخص آخر على مدى اليوم . بعض الناس يأكلون عندما يكون لديهم مشاعر معينة (الغضب ، والقلق .. إلخ) ، ويأكل البعض الآخر عندما يفعلون شيئاً آخر (مشاهدة التلفزيون مثلاً) . إن معرفة عاداتك فى الأكل هى أكبر ميّسر لتغيير عاداتك .

- **السجلات تساعدك فى التخلص من السعرات الحرارية** : إن جسمك مثل البنك الذى تضع فيه حساباتك ؛ فأنت تودع فيه وتسحب منه السعرات الحرارية . فإذا كنت تحتفظ بسعراتك الحرارية منخفضة ، فعليك أن تدخر بعض السعرات الحرارية فى البنك لمناسبة خاصة . فإذا كان لديك حفلة فى عطلة نهاية الأسبوع – مثلاً – فإنه يمكنك أن تخفضها خلال الأسبوع ، وبعد ذلك يمكنك أن تتناول بعض الحلوى أو الفاكهة ، وتعطيك سجلات السعرات الحرارية هذه المعلومات لإتخاذ مثل هذه القرارات .

- **سجلات تغيّر الوزن تمنع الإحساس باليأس** : ربما يمر عليك أسبوع أو أكثر وأنت تخفق فى إنقاص وزنك ، أو يزداد وزنك على أسوأ تقدير . إن هناك عديداً من الأسباب لذلك كما ناقشناها مؤخراً . ومثل هذا الإحباط الناجم عن الوزن يمكن أن يجعل الحياة صعبة . ويمكن منع هذا الإحباط أو اليأس بمراجعة التغيرات فى الوزن على مدى عدة أسابيع ، ويمكنك تحمل زيادة بسيطة فى الوزن، مادامت سجلاتك تخبرك بأن وزنك يتناقص بطريقة ثابتة .

لابد من التمييز بين الأهداف طويلة المدى (الأهداف الفعلية ، مثل الوزن الكلى المستهدف) ، والأهداف قصيرة المدى (وسائل الوصول إلى الغايات طويلة المدى مثل إتباع خطة تمرينات رياضية لمدة أسبوع) . وتركز الأهداف قصيرة المدى المفيدة على أشكال السلوك ، التى تخضع لسيطرة العميل فضلاً عن وزن الجسم ، الذى سيتذبذب بدرجة جوهرية على المدى القصير بفعل عوامل خارجة عن سيطرة العميل .

وتتميز الأهداف الفعّالة بأنها محددة وقابلة للتكميم . وقد تتطلب جهداً كبيراً، غير أنها فى الوقت نفسه واقعية ويمكن تحقيقها . وينبغى كذلك أن تكون بها مساحة للخطأ إلى حد ما (أى لاتتطلب الإتقان التام على سبيل المثال) ، ومع مرور الوقت يمكن للمعالج أن يساعد العميل على رسم الأنماط المحددة ، وإتباع الأهداف التى تستوفى هذه المحكات ، (كما فى الحوار التالى) :

المعالج : سيكون من المفيد بالنسبة لك التركيز على واحداً أو اثنين من الأهداف ؛ من أجل العمل الفعلى هذا الأسبوع . هل لديك أى أفكار ؟

العميل : أريد أن أقوم بالمزيد من التمرينات الرياضية .

المعالج : دعنا نحاول وضع بعض التحديدات لمسألة التمرينات الرياضية.

العميل : ليكن ، سوف أبدأ المشى هذا الأسبوع .

المعالج : إذاً الرياضة ستكون المشى ، كم وكيف ستمشى غالباً ؟

العميل : دعنا نقول خمسة أميال كل يوم .

المعالج : كم تمشى فى الوقت الحاضر ؟

العميل : حسناً ، أنا لا أخرج كثيراً فى الفترة الأخيرة .

المعالج : إذاً مرت فترة طويلة منذ كنت تتمرن بإنتظام .

العميل : نعم . بالفعل لم أفعل شيئاً بإنتظام على مدى خمس أو ست سنوات.

المعالج : قد تكون البداية بخمسة أميال أكثر من المتوقع ، وقد تؤذى نفسك إذا بدأت بهذه المسافة .

العميل : يمكننى القول ميلاً واحداً فى اليوم ، لكن ذلك لن يساعدنى فى إنقاص المزيد من الوزن .

المعالج : معك حق ، لن نستطيع أن نقول كم سيكون وزنك فى الأسبوع التالى . ولكننا نحاول تنمية بعض العادات التى ستحدث فرقاً كبيراً فى وزنك على المدى الطويل .

العميل : حسناً ، سوف أمشى ميلاً كل يوم .

المعالج : هب أنك كنت مرتبطاً بالعمل أو كان الطقس سيئاً فى يوم ما ، هذا يعنى أنك لن تنجز هدفك فى ذلك اليوم . فماذا لو تكرر ذلك أربعة أيام ؟ إنك ستحتاج إلى أربعة أيام أخرى زيادة عما هو مقرر الآن وتضاعف جهدك فيها، والنجاح الذى سوف تشعر به سوف يساعدك للوصول إلى هدفك التالى .

العميل : هل تعنى أن النجاح يولد النجاح ؟ حسناً سأحاول ، سوف أمشى لمسافة ميل واحد على مدى أربعة أيام هذا الأسبوع .

تشمل معظم الأهداف السلوكية أشكالاً من السلوك ذات مغارم قصيرة المدى (الصعوبة على سبيل المثال) ومغانم طويلة المدى . ومن الضرورى عادة – كما تبين من حديث العميل المحبط الذى مارس رياضة المشى – مساعدة العميل على تطوير نظام تعزيز ، يوفر المكافآت قصيرة المدى لدعم التغيّرات السلوكية لحين حدوث المدعمات الطبيعية .

وهناك عديد من المحكات للحكم على فعّالية المكافأة ؛ فأولاً ينبغى أن تكون المكافأة مدعمة بالفعل للعميل . ولكن ذلك لايكون واضحاً دائماً كما يبدو . ففى بعض الأحيان يلتمس العميل مكافأة تشتمل على أشياء يتبين عند فحصها أنها ذات قيمة تدعيمية ضئيلة . ثانياً ، ينبغى أن يتم الحصول على المكافأة مباشرة بعد تحقق الهدف . ثالثاً ينبغى أن تكون المكافأة شيئاً يظل العميل يبحث عنه مادام لم يحقق الهدف ، وأخيراً ينبغى ألا تكون المكافأة طعاماً .

وفى ضوء خبرتنا ، قد يمثل إختيار المكافأة الفعّالة مهمة صعبة للعملاء . وغالباً مانكتشف تاريخ من التعويل على الطعام كمكافأة ، ويقاوم بعض العملاء الفكرة القائلة «ينبغى أن أجبر نفسى لأن أفعل مايمكن أن أفعله بنفسى» ، بينما يؤكد الآخرون أنهم يحرمون على أنفسهم أى شىء يمكنهم تناوله ، ولايتركون شيئاً للمكافآت الإضافية . وببساطة فإن عديداً من العملاء عاجزون عن توكيد الأفكار حول المكافآت الممكنة .

ويمكن تكليف العملاء بواجب منزلى عبارة عن تحديد المكافآت الممكنة ، مستعينين فى ذلك بفهارس وإعلانات تقترح المكافآت المادية . فإذا كان العميل يفكر فقط فى بنود مكلفة جداً لإستخدامها عند تحقيق الأهداف قصيرة المدى ، فإنه يمكن شراء هذه البنود بالنقود التى يتم الحصول عليها عند تحقيق الأهداف السلوكية فقط . فعلى سبيل المثال ، العميلة التى ترغب فى شراء عقد ، قد توافق على إدخار النقود اللازمة لشرائه بمعدل عشرة دولارات لكل هدف رياضى ، تحققه فى الأسبوع غير أن العملاء قد لايفكرون فى البنود المادية فقط ، ولذلك يمكن إستخدام النشاطات المرغوبة كمكافآت ، مثل : قضاء يوم على الشاطىء أو فى البحيرة أو على الجبال أو مشاهدة رواية أو سماع سميفونية معينة . وحتى عندما لاتستخدم هذه النشاطات كمكافآت ، يمكن تشجيع العملاء للإنخراط فى هذه النشاطات الممتعة بمعدلات أكثر تكراراً كوسيلة لتعويضهم عن الإمتناع عن نشاط ممتع كالأكل . ويعد مفهوم «الوقت المستقطع للسلوك الجيد» مفيداً أيضاً ؛ فبالنسبة للعملاء ذوى المواعيد المحددة ، يعتبر الحصول على راحة بعد الظهر – كأحد البدائل – مكافأة قيّمة . وفى بعض الأحيان يمكن أن يشارك أعضاء الأسرة فى تحمل بعض المسئوليات المنزلية ، نيابة عن العميل لإعطاءه فرصة الإستمتاع بذلك النوع من المكافآت .

- التغيرات في سلوك الأكل وأساليب التحكم في المثير :

لقد أُرسيت التطبيقات المبكرة لتعديل السلوك فيما يخص مشكلة السمنة على أساس أساليب تعديل أشكال السلوك النهائية للأكل ، وتحديد الهاديات المرتبطة بالأكل . وعلى الرغم من الإفتراضات الخاطئة بأن هذه السلوكيات موجودة لدى الأشخاص المصابين بالسمنة وغير المصابين بها ، فقد يسرت البرامج القائمة على أساس تفعيل هذه التغيّرات عملية إنقاص الوزن . وبالتالى فإن المناحى السلوكية لإنقاص الوزن تشمل مثل هذه الجهود . وقد أُحسن تقديم وتطبيق هذه الأساليب كطرق لتيسير التحكم فى الأكل ، عندما كانت معلومات الفحص تشير إلى أهمية هذه التصويبات .

إن الهدف الرئيسى فى عديد من التغييرات فى سلوك الأكل هو إبطاء معدل إستهلاك الطعام ، وهناك سبب رئيسي للإعتقاد في جدوى ذلك ؛ فهاديات الشبع المتنوعة تأخذ من ١٥ إلى ٢٠ دقيقة لتظهر . والأكثر من ذلك فقد أوضح سبيجل Spiegel ووادين Wadden وفوستر Foster 1991 أن العملاء المشاركين

فى برامج إنقاص الوزن ، الذين أبطأوا الأكل كانوا الأكثر فقداً للوزن .

ولسوء الحظ ، فقد أوضحت هذه الدراسة نفسها أن هذا الإبطاء يتلاشى مع مرور الوقت (بمعنى أن معدلات الأكل السريعة تعود مرة أخرى) . ويمكن تشجيع العملاء على إبطاء معدلات أكلهم بعدة وسائل ، منها : المراقبة الذاتية للفترة الزمنية للوجبة ، ترك الشوكة بين اللقمة والأخرى ، وإيجاد وقفات أثناء الوجبات وتعتبر هذه الوسائل مهمة – بوجه خاص – للعملاء الذين تكشف سجلاتهم عن أنماط من الأكل السريع . وينبغى أن ينبه العملاء إلى أن ذلك النوع من التغييرات لايولد مشاعر الحرمان ، بل ربما يقلل مثل هذه المشاعر فى حقيقة الأمر .

وتفيد أساليب ضبط المثير فى تحديد تعرض العميل لهاديات الأكل . ومن الأمثلة البسيطة لذلك ، قصر وجود الطعام فى المنزل على أماكن قليلة قدر الإمكان وبحيث تكون بعيداً عن الرؤية . وبالمثل ينبغى على العملاء القيام بكل ما من شأنه خفض بروز وتواجد الطعام فى مكان العمل ، كذلك ينبغى أن تخضع الوجبات العائلية لنظام «أخدم نفسك» ، أكثر من إعتمادها على وجود أدوات جاهزة على المائدة بشكل بارز ومريح ، وينبغى إختيار مكان محدد للأكل ، وأن يكون الأكل ، سواء كان مسموحاً به أم لا ، فى هذا المكان بالذات . ويمكن أن يؤدى ذلك إلى إطفاء الترابطات الشرطية بين النشاطات الأخرى فى المنزل وبين الأكل ، مثل أكل السندويتشات أثناء مشاهدة التلفزيون ليلاً على سبيل المثال .

ويمكن إستخدام أساليب التحكم فى المثير فى مساعدة العميل على مواجهة بعض الوقت الخطيرة أو التعايش معها ؛ فالعميل الذى لديه عادة ثابتة تتمثل فى الأكل أثناء العودة من العمل إلى المنزل قد نساعده إذا أجبرناه على دخول المنزل من باب آخر . كما أن إعلان القيود على الأكل أثناء قيادة السيارة ، يمكن أن يقلل الرغبة فى الأكل أثناء الذهاب للعمل أو العودة منه .

الإستراتيجيات المعرفية السلوكية :

إن الإهتمام بالمجال المعرفى ضرورى إذا كان على العميل أن يلتزم بالتغيّرات فى النظام الغذائى والرياضة الموصى بهما ، وأن يواجه الرغبات الشديدة والعوائق ، وأن يطور مهارات المداومة والإستمرار . إضافة إلى أن كفاءة العميل قد تتدهور من جراء تاريخ الفشل فى ضبط الوزن . ومن بين التدخلات المناسبة التدريب على توليد وإستخدام العبارات الذاتية ؛ لدعم الكفاءة ولتحديد

ومواجهة الخصائص اللاتوافقية للنجاح والفشل .

إن الرغبات الملّحة أمر متوقع . ويمكن تزويد العميل بإستراتيجيات من قبيل إيقاف التفكير (١) والتخيل (٢) ، وإرجاء قرار الأكل ، بالإضافة إلى إستخدام العبارات الذاتية التى تعنى بالطبيعة المؤقتة لهذه الرغبات الملّحة . وبالمثل سوف يتم إكتشاف المبررات العقلانية كى تتعادل مع العبارات الذاتية المناسبة .

ويتطلب الإستمرار طويل المدى القدرة على الشفاء من الإنتكاسات (Brownell, Marlatt, lichtenstein & Wilson,1986; Marlatt & Gordon,1985' Perri et al,1992). إن السبب الرئيسى للفشل فى الشفاء من تلك الإنتكاسات يرجع لثنائية «الكل أو لاشيء» التى يستخدمها الفرد فى تقييم نجاحه . وينظر العملاء الذين يتبنون هذا الأسلوب إلى أى شيء أقل من الكمال على أنه فشل تام . وعندما تحدث العوائق الحتمية قد يقوم العميل بتعميمات زائدة ، ويعتبر أن المحاولة الكلية لضبط الوزن قد حكم عليها بالفشل ، وقد يعزى هذا الفشل غالباً إلى عيوب شخصية فيه أكثر منها عوامل موقفية . ويمكن مساعدة العملاء ، الذين يستخدمون هذا الأسلوب التقويمى على إكتشاف الإفتراضات الضمنية «لثنائية الكل أو لاشيء» فى إستجابتهم للإنتكاسات أثناء العلاج ، وأن يكرروا عبارات ذاتية بديلة تجسد منحى متصلاً لقضية درجة قياس (٣) النجاح .

وتعتبر حالة بيتر Peter مثالاً جيداً ؛ فبيتر هذا مشرف بريد ، يبلغ من العمر ٤٤ عاماً ويزن ٢٠٥ رطلاً (بعد أن فقد ٣٠ رطلاً) وطوله ٥,١١ بوصة . وقد سقط بيتر على مقعده مهموماً عندما علم أنه زاد رطلاً واحداً .

بيتــر : لم أكن أتوقع كل ذلك السوء هذا اليوم .

المعالج : ولماذا كل ذلك ؟

بيتــر : لقد مررت بأسبوع سيء . لم أفعل أى شيء ، كان من المفترض أن أفعله، وأفرطت فى الأكل فى العشاء المقدس (٤) ، الذى أقامته مدرسة إبنى أمس.

---

(1) Thought stopping.
(2) Imagery.
(3) Matter-of-degree.
(4) Father-son dinner.

المعالج : هل يعنى هذا أنك لم تحقق هدفك الرياضى ؟

بيتــــر : لقد فعلت ذلك ، ولكنى لم أفعل أى شىء آخر .

المعالج : كالحفاظ على نظامك الغذائى مثلاً ؟

بيتــــر : آه ، لقد فعلت ذلك ، وقد أحضرت لك شيئاً لتراه هنا .

المعالج : إذاً لقد حافظت على نظامك الغذائى ، وقمت برياضتك المستهدفة . فما الذى جعله أسبوعاً مزعجاً إلى جانب العشاء المقدس ؟

بيتــــر : ألم يكن ذلك كافياً ؟ لقد علمت أنه لايمكننى التمسك بنظامى الغذائى هناك ، لم يكن ذلك ممكناً على الإطلاق ، لم تكن لدى أى قوة إرادة .

المعالج : وما الذى تعتقد أنه سبب لك المتاعب ؟

بيتــــر :كان لدينا إجتماع مهم وعاجل فى العمل عند الظهر ، ولم أستطيع تناول طعام الغذاء ، ولذلك كنت على إستعداد لأكل أى شىء فى العشاء .

المعالج : ليس من المستغرب أن تفرط فى الأكل إذا لم تتناول طعام الغذاء . بالمناسبة لقد سلم ساعى البريد أحد المجلات الخاصة بى إلى جيرانى بالأمس .

بيتــــر : وهل نستطيع أن نفعل أى شىء ؟ إننا نتلقى آلاف الرسائل البريدية كل يوم . ثم ماذا عن البريد الذى يسلم بدقة ؟ وهل تتوقع أنه يوجد أناس لايفعلون الخطأ على الإطلاق .

المعالج : ما لم نكن نتحدث عنك وعن برنامجك لإنقاص الوزن .

بيتــــر : (لحظة توقف) : أعتقد أننى فهمت مقصدك ، أى أننى لو فعلته يوماً، فهذا لايعنى أن الأسبوع كله كان فاشلاً .

المعالج : هذا صحيح ، قد يساعد ذلك على تذكر مجلتى المرة القادمة ، عندما تباشر تحقيق أهدافك بعد فترة قصيرة .

- حشد المساندة الإجتماعية : (١)

يعتبر حجم الجسم دائماً قضية عامة . ونادراً ماتعتبر محاولات إنقاص

(1)Mobilization of social support

الوزن نوعاً من الكفاح الخاص المستقل عن بيئة العميل الشخصية ؛ فتغييرات العميل لأنماط نظامه الغذائى ورياضته تؤثر باستمرار على أسرته وأصدقائه المقربين . وبالمثل فإن هؤلاء الأشخاص المهمين ، يمكن أن يؤثروا فى فرص نجاح العميل فالأصدقاء قد يكونوا مصدر تأييد أو تثبيط ، وشريك الحياة قد يشجع ويبث البهجة أو يبث الشكوى (انظر مثال مارتا Martha وزوجها والمعطف الفرو الذى قدمناه آنفا) .

ولايعتبر العميل مجرد مشارك سلبى فى هذه التفاعلات الخاصة بالوزن ، فبإمكانه التأثير – فى حدود معينة – فى كمية المساندة التى يقدمها الأشخاص المهمون . وكما لاحظنا عند الحديث عن الفحص ، يجب على العميل أن يقرر كيف يمكن أن يقدم كل شخص أفضل مساعدة ممكنة ، ومتى يكون طلب هذه المساعدة مناسباً . وفى الوقت نفسه ، يمكن للعميل أن يعزز تبادل المساندة بالإستفسار عن كيفية تدعيم هؤلاء الأشخاص ؛ ليقدموا بدورهم المساندة المرغوبة . وليس مستبعداً بالنسبة للعميل الذى لايشعر بالرضا عن إستجابات الآخرين أن يكتشف من خلال الإستفسار أن النمط المفضل من المساندة لم يحدث قط .

مارى أچينز Mary Agens سيدة تبلغ من العمر ٣٨ عاماً ، تعمل فى مجال بناء السفن ، إلتحقت ببرنامج للريچيم منخفض السعرات الحرارية ، وزنها ٢٢٠ رطلاً وطولها ٥,٨ بوصة . وقد فقدت ٤٠ رطلاً من وزنها .

وقد جرى هذا الحوار بينها وبين المعالج وبين بعض أعضاء المجموعة المشاركة ، وكانوا يناقشون إستجابات أشخاص آخرين مهمين ، فيما يتعلق بإنقاصهم لوزنهم :

مارى : زوجى لم يقل كلمة واحدة عن إنقاصى لوزنى .

المعالج : هل تعنين أنه تجاهل كل مجهوداتك لإنقاص الوزن ؟

مارى : نعم أنا أيضاً كنت أرغب فى تخطى الأمر كله بقدر ماكنت أرغب فى إهتمامه .

المعالج : عندما فقدت بعض وزنك سابقاً ، هل إستجاب بالطريقة نفسها ، وتجاهل ذلك ؟

مارى : فى آخر مرة نقص فيها وزنى ، كاد يدفعنى إلى الجنون ؛ نتيجة إستمرار التجاهل فى كل مرة ينقص وزنى أرطالاً قليلة .

المعالج : هل حاولتى أن تخبريه بذلك ؟

مارى : ليس بالكلام الكثير ، لكنه فهم الرسالة .

المعالج : إذن ، كان ومازال حتى الآن يعطى إهتماماً كبيراً لتناقص وزنك .

مارى : لا : لقد أعتاد فى فترة مبكرة أن يتصرف مثل المحقق ، فكان يسألنى دائماً عما آكله وهل مسموحاً به أم لا . وبعد فترة استوعب الرسالة فى هذا الخصوص أيضاً .

المعالج : أخبرتيه كى يتراجع أو يتوقف .

مارى : لقد فهم ذلك .

المعالج : إذاً هو كان يحاول أن يكون مثل ضميرك ، وحاول الثناء عليكى ، ولكنك لاتريدين شيئاً من ذلك ماذا تريدينه أن يفعل ؟

مارى : ماتريده أى سيدة من زوجها ، أن يظهر قليلاً من التفهم .

المعالج : أنتِ تعرفين ماتعنينه بإظهار التفهم ، ولكن ذلك يختلف بالنسبة لكل شخص . ترى هل كان السبب فى أنه لم يقل شيئاً هذه المرة أنه اكتشف أن أى شىء يفعله سيكون خاطئاً .

مارى : هل تعنى أنه كان يجب علىّ أن أخبره بما ينبغى عمله ؟ هب أنى رسمت له صورة ، إنها لاتعنى شيئاً .

إحدى الأعضاء : ربما كان يريد أن يساعدك . وربما لا . ولكنك لم تكونى قادرة على أن تخبريه ، وتركتيه يعرف كيف يساعدك . لقد إعتدت أنا أن أغضب من زوجى ؛ لأننى عندما أعود من الجماعة فى كل مرة كان لايسألنى كم نقص وزنى . وعندما أخبرته أخيراً وأحضرت معى تقريراً إلى المنزل ، قال إنه كان يحاول فقط أن يوضح لى أنه كان يريدنى أن أنجح ، وبمجرد أن أخبرته كيف يفعل ذلك ، كان رائعاً معظم الوقت .

إن المهارات التوكيدية مهمة فى عديد من المواقف ؛ حيث يكون فى حياة معظم العملاء شخص واحد على الأقل يدفعهم للطعام . ويمكن تكرار إستجابات رفض الطعام فى جلسات العلاج . ومن المرغوب عادة حث العملاء على إستباق الأحداث ، لتوقع التشجيع على زيادة الأكل . ويمكن إخبارهم فى الوقت المناسب

- ومع تقدم العلاج - عن الأشخاص الملائمين الذين يقيدون أكلهم لتجنب الظروف الحرجة .

ويحتاج بعض العملاء الذين يشعرون بعدم الراحة فى تلك المواقف إلى المهارات التوكيدية لتقديم الثناء المطلوب على إنقاص الوزن . كذلك تكون الإستجابات التوكيدية مطلوبة - فى بعض الأحيان - عند طلب التعديلات فى قوائم الطعام فى المطاعم .

ويلعب الوزن دوراً حاسماً ومعقداً فى الزواج والعلاقات الحميمة الأخرى . ومن المعتاد فى مثل هذه الحالات أن تكون الزوجة هى المصابة بالسمنة . وفى بعض حالات الزواج الفاشلة قد يستخدم الزوج وزن زوجته كزريعة للإنسحاب الإنفعالى وتجنب العلاقات الجنسية . وفى أحيان أخرى ، قد يثير إنقاص الزوجة لوزنها مشاعر الغيرة وعدم الأمان (وهى ليست مبررة دائماً) من جانب الزوج ، ويلاحظ الإيذاء الجسدى فى هذه الحالات أحياناً . وهناك أمثلة تستعمل فيها الزوجة سمنتها كوسيلة لتجنب العلاقات الحميمة مع الزوج ، الذى يكون غير مرغوب أو محبوب ، ويكون الزوج - فى بعض الأحيان - مجرد حارس لشئون أخرى خارج نطاق الزواج ، وقد تم وصف تعقيدات هذه القضايا فى كتاب ، ألفه ستيوارت وجاكبسون Stuart & Jacobson (1987) ، ونوضحها بالحوار التالى بين نورا Noraوالمعالج :

نورا سيدة تبلغ من العمر ٤٠ عاماً ، متزوجة وأماً لطفلين ، لديها بعض المشروعات الصغيرة ، أنقصت وزنها ٤٠ رطلاً . عادت للعيادة بعد غياب غير معلن لمدة ثلاثة أسابيع ، وبعد أن زاد وزنها عشرة أرطال .

المعالج : يبدو أنك قضيت أسابيعاً قليلة مضطربة .

نـــورا : لم تكن مواتية فقط (تبكى) .

المعالج : ما الذى كان غير مواتٍ ؟

نـــورا : عندما أكون سيدة بدينة ، أكون بدينة فقط ولست امرآة ، لا أكون مرغوبة جنسياً .

المعالج : وعندما ينقص وزنك ؟

نـــورا : فجأة يلتفت إليك الرجال ، حتى لو كانوا يعرفونك منذ عدة سنوات ، إنه

الخداع والزيف ، إننى الشخص نفسه عندما كانى وزنى ٦٠ رطلاً . ولكن الآن كلهم يبتسمون ويتصرفون معى كما لو كنت أفضل أنثى يرونها ، إنها ليست مجرد زمالة فحسب .

المعالج : هل تعرض إليك شخص ما ؟

نـــورا : أحد أفضل أصدقاء زوجى .

المعالج : مثل هذه الهمسات قد تجعلك تصابين بالجنون .

نـــورا : نعم ، لكن ليست هذه هى المشكلة .

المعالج : وما المشكلة ؟

نـــورا : فى الواقع لقد شعرت بالإغراء . وكما تعلم أننى لم أكن سعيدة فى حياتى لعدة سنوات ، ولكن طوال الفترة التى كنت فيها بدينة لم أفكر فى ذلك . والآن علىّ أن أقرر ، ولكنى لست متأكدة من أن قرارى سيكون لا، حياتى جحيم ، لأننى ببساطة كنت بدينة .

- مقدموا العلاج والمواقف العلاجية :

من نافلة القول أن الموقف المثالى الذى ينبغى فيه التعامل مع الأفراد المصابين بالسمنة هو العيادة ؛ حيث يتوفر المتخصصون الذين لديهم خلفية فى علم النفس ، والتغذية ، وفسيولوچيا الرياضة ، والطب . وتتوافر فيها الأدوات الفنية، والخبرة التقنية للقيام بفحص معدل الأيض ، وحجم وعدد الخلايا الدهنية ، وتوزيع الشحوم فى الجسم وما شابه ذلك .

وبعيداً عن كون هذا العلاج غير عملى ، وغير متاح لمعظم الأشخاص المصابين بالسمنة ، فإن مثل هذا العلاج المكثف والمكلف قد لايكون ضرورياً ، أو مرغوباً لعديد من الأفراد ، ومرة أخرى تبرز أهمية مفهوم مواءمة الأفراد للعلاج (الشكل ١-٨) . ويختلف العملاء حول أى المواقف هى الأنسب لهم ، وحول مستوى الخبرة المطلوبة فى مقدم البرنامج ، وحول الخلفية المتوفرة لدى مقدم العلاج الذى يرغبون العمل تحت إشرافه ومادام البرنامج المعلن دقيقاً ومضبوطاً ، تصبح مسألة من يقدم البرنامج ، وأين يقدم مسألة متعلقة بمدى تلبية حاجات العميل . وبالرجوع إلى نموذج الرعاية المتدرجة الذى قدمناه فى الشكل (١-٨) ، نجد أن معظم العلاجات المكثفة ينبغى أن تقدم للأفراد ، الذين يقل إحتمال

نجاحهم فى البرامج الأقل تركيزاً .

لقد شارك المتخصصون وغير المتخصصين – من ذوى الخلفيات العلمية المتعددة – فى مساعدة الأفراد الذين يعانون من زيادة الوزن . ويعنى الإفتراض بأهمية أو ضرورة التدريب المتخصص المتطور الذى يشارك فيه أعضاء ، ينتمون إلى نظم علمية متعددة ، تجاهل قصص النجاح التى حققتها البرامج التجارية وبرامج المساعدة الذاتية ، ولدى العملاء الذين عالجهم متخصصون يعملون بمفردهم ، أو أولئك الذين أنقصوا أوزانهم إعتماداً على أنفسهم .

ومن بين المتخصصين القادرين على تقديم علاج للتخسيس : الأخصائيون النفسيون ، والممرضات ، والمتخصصون فى الريچيم ، والمتخصصون فى الرياضة، والأطباء . وبإستثناء المعرفة الأساسية بالتغذية والرياضة ، والمناحى المعرفية السلوكية ، فإن الخلفية الخاصة والتدريب للفرد أقل أهمية من المهارات الشخصية ، مثل : التعاطف ، والإخلاص ، والمودة ، والقدرة على إثارة دافعية العملاء أسبوعاً تلو أسبوع .

ونضيف على الفور أن الفاعلية المحتملة للمتخصصين المختلفين لاتعنى أن أى منحى سيكون له قيمة مادام الذى يقدمه متخصصاً ؛ فهناك الكثير من العلاجات الدعائية وغير المفيدة قدمها أشخاص يدعّون تحقيق نتائج تتسم بالإعجاز . وعلى سبيل المثال ، يمكن أن نجد فى كل أسبوع – تقريباً – إعلانات فى الصحف عن معالجين بالتنويم الإيحائى يحققون تخسيساً مذهلاً ؛ ولذلك ينبغى وضع بعض الضوابط ، وتعليم العملاء المناحى الحقيقية لضبط الوزن ، طبقاً للخطوط الإرشادية التى ناقشناها آنفاً .

إعداد الفرد للموا صلة (المحافظة) طويلة المدي :

رغم أننا قدمنا هنا مناقشة منفصلة لبعض المسائل المتعلقة بمواصلة إنقاص الوزن أو المحافظة عليه ، فليس من المستحب فى العلاج عزل إستراتيجيات المحافظة عن تدخلات إنقاص الوزن ؛ لأن ذلك قد يوحى للعميل بأن تنفيذ هذه الإستراتيجيات إختيارى أو قابل للإرجاء . ومن المفضل أن نصبغ المدى الكامل للعلاج بالتأكيد على التغيير طويل المدى ، وبإرساء الأساليب المعرفية والسلوكية المطلوبة للمحافظة على إنقاص الوزن على مر السنين . وعلى الرغم من حقيقة إختلاف المهارات المهمة لإنقاص الوزن عن المهارات المهمة للمحافظة ، فمن

النادر ألاتكون متناغمة . وسوف تسمح المعرفة المبكرة بسلوكيات المحافظة للعميل بممارستها ، عندما يكون تحت إشراف المعالج لفترة طويلة .

ويناقش بيرى وزملاؤه Perri et al. (1992) فى أول كتاب يخصص للمحافظة على إنقاص الوزن ، نموذج الرعاية المستمرة فى العلاج ، والذى يدعو للإتصال بالمتخصصين فى الرعاية الصحية عبر فترة زمنية ممتدة . ويؤكد بيرى وزملاؤه ١٩٩٢ أهمية إخبار العميل بأن السمنة حالة مزمنة ، يمكن التحكم فيها من خلال مجهودات العناية الذاتية الإيجابية النشطة .

«وعليه» فإن على الأخصائيين أن ينقلوا للمرضى المصابين بالسمنة وعياً مناسباً بالتضمينات طويلة المدى فيما يتعلق بالتعامل مع السمنة . ويحتاج الأفراد المصابون بالسمنة أن يعرفوا – كما هو الحال بالنسبة لمرضى السكر أو ضغط الدم المرتفع – أنهم قد لايشفون من مرضهم مطلقاً (ص١٠٣) .

إن مهارات الوقاية من الإنتكاس أساسية لتحقيق النجاح على المدى الطويل. ويتضمن ذلك تحديد المواقف التى تنطوى على مخاطر مرتفعة ، وتطوير إستراتيجيات لتجنب المواقف مرتفعة الخطورة أو مواجهتها ، وإكتساب الإستجابات المعرفية والسلوكية لإستعادة التحكم بعد الإنتكاس . وتتوفر مناقشة مطولة لأساليب الوقاية من الإنتكاس فى مواضع أخرى (Brownell et al.,1986; Marlatt & Gordon,1985) ، وينبغى إحاطة العميل علماً بهذه الأساليب أثناء العلاج .

وتستند أساليب الوقاية من الإنتكاس إلى الفلسفات الخاصة بمهارات حل المشكلات ومهارات التوافق . ويتم تعليم الأفراد أن يحددوا مشكلات الأكل الخاصة فى حياتهم ، وأن يخططوا كلاً من الإستراتيجيات المعرفية – السلوكية ، والإستراتيجيات القائمة على الإنفعال لمنع الإنتكاسات والإستجابة بشكل بناء عندما تحدث الإنتكاسات . ويمكن لإستباق المشكلات المحتملة ، وتطوير مجموعة من الإستجابات التى تستخدم عند مواجهة المشكلات ، أن نقوى بالفعل الكفاءة الذاتية للعميل ، وقدرته على التعايش مع التهديدات اليومية التى يواجهها أثناء كل من إنقاص الوزن والمحافظة عليه . وقد إفترض براونيل Brownell وجيفرى Jeffery (1987) بعض الإفتراضات الإضافية لدعم المحافظة أو الإستمرار وهى مايعرضه الجدول (٥–٨) .

جدول (٥-٨) : الأساليب المقترحة لتحسين المحافظة على إنقاص الوزن .

١- أن نأخذ فى الإعتبار أنواعاً أخرى من العلاج لمرضانا .

٢- تطوير محكات لمواءمة أو مضاهاة المرضى للعلاج .

٣- تطوير محكات لفرز المرضى ، وتحديد ما إذا كان الوقت مناسباً للريچيم ، أو للإلتحاق ببرنامج أفضل .

٤- زيادة المحاولات الأولية لإنقاص الوزن .

٥- زيادة طول فترة العلاج .

٦- أن يصبح أكثر تشدداً فيما يتعلق بالوزن المستهدف ، معتبراً المرحلة الأولية للعلاج كفترة ضرورية للوصول إلى الوزن المستهدف ، ولاينبغى أخذ المحافظة فى الإعتبار ، حتى يحدث تناقص جوهرى فى الوزن يستحق المحافظة.

٧- زيادة التأكيد على الرياضة . وتحتاج برامج الرياضة المخططة ، والخاضعة للإشراف إلى أن تختبر فى مقابل البرامج الحالية ، التى يكتفى فيها بإعطاء المرضى نصائح لفظية أو مكتوبة فيما يتعلق بالتمرينات الرياضية .

٨- إستثمار البيئة الإجتماعية كوسيلة لتحسين الإلتزام طويل المدى . ومن الضرورى إجراء المزيد من البحوث لتحديد العوامل الأسرية ، وفى العمل ، وفى المجتمع وغيرها ، والتى يمكن إستخدامها لتيسير إنقاص الوزن .

٩- إستخدام الحوافز المادية ، التى أثبتت فاعلية - من خلال الدراسات السلوكية - فى تحقيق أفضل معدلات لإنقاص الوزن على المدى الطويل .

١٠- المزج بين البرامج السلوكية وأنواع أخرى من العلاج ، مثل : البرامج التجارية ، وبرامج المساعدة الذاتية ، والنظام الغذائى الصارم ، والجراحة .

١١- تقويم العوامل المعرفية المتضمنة فى معظم البرامج والتى حظيت بالإجماع ، ولكنها لم تدرس بالتفصيل .
١٢- من الممكن توسيع أساليب التحكم فى المثير لتصل إلى الحياة اليومية لمن يلتزم بالنظام الغذائى ، بأخذ مختلف الآليات الخاصة بتقديم الطعام والرياضة المنظمة .
١٣- دراسة إستخدام وتوقيت أساليب الوقاية من الإنتكاس بشكل أكثر تفصيلاً .

*مأخوذ عن براونيل وجيفري (١٩٨٧ ، ص٣٧٠) ونشرتها رابطة تقدم العلاج السلوكي .

وتعتمد التدخلات المحددة الضرورية أثناء العمل طويل المدى مع العملاء فيما بعد إنقاص الوزن على حاجات وظروف العميل ، والتى تختلف بمرور الوقت. ففى أى مرحلة ، قد يحتاج العميل المساعدة للتعامل مع الضغوط ، والإرشاد الزواجى ، والتدريب التوكيدى ، وتحسين صورة الجسم ، والمهارات الرومانسية والخضوع للبرامج الرياضية ، أو التعامل مع مسائل التعهد والمودة . ومن الواضح أن معالجاً واحداً لن يكون بارعاً فى كل هذه المجالات .

وبرغم ذلك ، فإن الدور النهائى للمعالج فى المرحلة طويلة المدى يمكن وصفه بشكل أكثر إتساقاً مع مرور الوقت ومن خلال العملاء . ويفترض بيرى وزملاؤه (Perri et al., 1992) «أن دور المتخصصين فى الرعاية الصحية هو العمل كأفراد إيجابيين فى حل المشكلات ومساعدة العميل بشكل منتظم ومستمر فى تحديد الإستراتيجيات الفعّالة ؛ لتثبيت التغيّرات السلوكية المطلوبة للنجاح على المدى الطويل» (ص١٠٣) ، ونحن نضيف هنا أن : دورهم يجسد أيضاً العناصر المهمة من المساندة الاجتماعية ، والتعاطف ، ومصدراً للإختبار الواقعى لتوقعات العميل .

ولاتحتاج أهمية تشجيع العميل على إستغلال المعالج لتحقيق هذه الأشياء عبر فترات زمنية ممتدة إلى زيادة تأكيد ، وتعتبر الفكرة التى يقوم عليها منحى الرعاية المستمرة للسمنة جديدة بالنسبة لمعظم الأفراد المصابين بالسمنة . ويشعر عديد من العملاء بأن التعويل المستمر على المساعدة المتخصصة هو نوع من الضعف ، والأكثر من ذلك ، أن عديداً من العملاء يرفضون الإلتحاق ببرامج العلاج، عندما يكونون فى أمس الحاجة إليها ، أى عندما يزيد وزنهم . وبناء على

ذلك ، يجب على المعالج أن يستخدم – منذ البداية – أية وسائل متاحة ؛ لمساعدة العميل على قبول وتطبيق نموذج طويل المدى للرعاية .

- بناء البرنامج :

هناك بعض الإختلافات بين البرامج فى طول فترة التدخل ، وفى إستخدام العلاج الفردى مقابل العلاج الجماعى ، وفى إجراء مقابلات المتابعة بعد تحقيق النتائج الأولية وتكرارها ، وأنماط الإشراف وعوامل أخرى . ولكنه لم يتم تقييم هذه العوامل بشكل منظم من خلال بحوث مضبوطة ، وبالتالى ليس من الممكن الجزم بدرجة من اليقين بأن أحد هذه الأساليب أفضل من الآخر .

ولعل الصيغة الأكثر إستخداماً فى المناحى المعرفية السلوكية هى تقديم العلاج لمدة ١٦–٢٠ أسبوعياً فى مجموعات ، تتألف من ١٠–١٥ عميلاً . وتستمر الجلسة حوالى ٦٠–٩٠ دقيقة ، وتشمل مزيجاً من المواد التعليمية ، التى تهدف بناء المهارات والمناقشات الجماعية ، من أجل رفع المساندة الاجتماعية لحدها الأقصى . ويعتبر عقد مقابلات تالية – تسمى أحياناً جلسات التعزيز – هو القاعدة، ولكن التكرار والفترة الكلية لهذه المرحلة تختلف بشدة . وفى أحد هذه الجداول ، تعقد مقابلات نصف أسبوعية على مدى شهرين ، ومقابلات كل ثلاثة أسابيع للشهور الثلاثة التالية ، ثم مقابلات شهرية لمدة سبعة شهور . وعلى الرغم من ذلك فإن مثل هذا الجدول التدريجى يحتاج من المعالج مجهودات مضنية ؛ لمنع مرات الغياب من أن تؤدى إلى نتيجة مبتسرة .

وتقدم المواد المكتوبة للعملاء – فى العديد من البرامج – كإضافة للمعلومات التى يقدمها قادة المجموعة وقد تم تنظيم هذه المواد فى شكل كتب وكتيبات ، من أمثلتها كتيب LEARN ، الذى سبق مناقشته (Brownell,1992) . هذا الكتيب عبارة عن دليل متدرج معد للجمهور العام ، مع التأكيد على تغيير أسلوب الحياة ، والرياضة ، وتغيير الإتجاه ، المساندة الاجتماعية ، والتغذية . ولم تجر دراسات للمقارنة بين البرامج التى يتوفر فيها كتيبات توضيحية والتى لايتوافر فيها ذلك ، ولكن إنطباعنا أن مثل هذه الكتيبات يمكن أن تكون مفيدة لعدة أسباب ، هى :

١– يمكن أن يقدم الكتيب تعليماً أساسياً فى المجالات الأساسية لضبط الوزن (مثل التغذية ، والرياضة الآمنة) . ولما كان القليل من

المتخصصين هم الخبراء فى كل المجالات المناسبة ، فإن الكتيب يسمح للمتخصصين ذوى الخلفيات العلمية ومستويات الخبرة المتباينة أن يقدموا الخدمات .

٢- لايتذكر العملاء فى الغالب كل المعلومات التى تقدم فى الجلسة ؛ لأن العميل يكون مشغولاً بشىء آخر ، ولأنه لايوجد وقت كافٍ فى الجلسة لتغطية المادة المهمة بشكل مناسب ، ولأن المعلومات قد لاتكون وثيقة الصلة بالعميل وقت تقديمها أو لأسباب أخرى . لذلك فإن توفير المعلومات بين الجلسات وإتاحتها عندما تكون ملائمة لإحتياجات الفرد ، يزيد من إحتمال فحصها وإستخدامها .

٣- قد تبرز - فى بعض الجلسات - قضايا تجذب الأخصائى والعملاء بعيداً عن المادة التعليمية ، التى ينبغى تقديمها . فعلى سبيل المثال ، قد يكون موضوع المناقشة معلومات رياضية ، ولكن العميل قد يفصح عن معلومات مقلقة تتعلق بالإزعاج الذى يسببه شريك حياته . وبالتالى فإن التأكد من أن المعلومات المقصودة مستوفاة فى الكتيب يسمح لكل من الإخصائى والعميل بأن يكونا أكثر مرونة فى إستغلال زمن الجلسة .

٤- قد يستخدم عديد من العملاء كتيب العلاج بعد نهاية البرنامج ، كوسيلة مساعدة ذاتية لتحديد مسار ومصدر الدافعية .

٥- يميل أفراد الأسرة والأصدقاء غالباً لقراءة مثل تلك الكتيبات ، وربما يطلب منهم العميل ذلك . ومع إحتمال التأثير الإيجابى للمساندة الاجتماعية ، فإن هذا التعليم للأشخاص المهمين يمكن أن يكون مفيداً.

إننا نعتقد أن المواد المكتوبة التى تصاحب البرنامج يمكن أن تكون أكثر من مجرد مواد مرجعية ، وينبغى أن تستخدم ككتاب عمل . ويمكن التأكيد على النقاط المهمة بوضع خط تحتها ، أو إلقاء الضوء عليها ، ويمكن وضع الملاحظات فى الهوامش ، كما أن علامات التلف للكتيب يمكن أن تكون رمزاً للدافعية والإهتمام بتطوير مهارات جديدة . ويطور العملاء الملتحقون بمثل هذا البرنامج ، برامج فردية مفصلة تقوم على أساس حاجاتهم ومواقفهم .

- قضايا إكلينيكية خاصة :

أهمية الأكل المفرط :

حدث تطور مهم فى المجال عندما تم تحديد مجموعة فرعية متمايزة من جمهور المصابين بالسمنة ، وهم الأفراد الذين ينخرطون فى الأكل المفرط . ويعتبر ستنكارد Stunkard ١٩٥٩ أول من وصف هذا النمط ، ورغم أن القضية لوحظت فى كتاباته المتأخرة (Stunkard, 1976) فقد كان المجال بطيئاً فى اعترافه بأهمية القضية حتى الثمانينيات المتأخرة . وعند تلك النقطة بدأت دراسة الأكل المفرط لدى الأشخاص المصابين بالسمنة تتسم بالجدية ، ومن ثم فقد نشأ حديثاً إهتمام كبير بالمشكلة .

وقد وضعت تعريفات متعددة ، وإستخدمت أساليب فحص مختلفة فى دراسة الأكل المفرط (انظر ويلسون وبايك Wilson & Pike فى الفصل السابع من هذا الكتاب) . ولعل العمل الأكثر تركيزاً فى التشخيص قام به سبيتزر وزملاؤه Spitzer et al. (1992) ، فقد نفذ هؤلاء الباحثون محاولة ميدانية واسعة متعددة المواقع ، على مايزيد عن ١٩٠٠ مفحوص ، وإستخدموا البيانات لإيجاد محكات تشخيصية للإضطراب الجديد المسمى «إضطراب الأكل المفرط» (٤٧) ، ويوضح الجدول (٦-٨) هذه المحكات .

جدول (٦-٨) : المحكات التشخيصية المفترضة لإضطراب الأكل المفرط .

أ - نوبات متكررة من الأكل المفرط . وتتميز نوبة الأكل المفرط بكل من العرضين التاليين :
١- الأكل على مدى فترة منفصلة من الوقت (خلال أى ساعتين مثلاً) كمية من الطعام أكبر بكثير عما يأكله الناس فى الفترة نفسها من الوقت ، وتحت ظروف مشابهة .
٢- إحساس بنقص التحكم فى الأكل أثناء النوبة (مثال : الشعور بأن الفرد لايملك القدرة على إيقاف الأكل ، والتحكم فيما يأكل أو الكمية التى يأكلها) .
ب- أن ترتبط نوبات الأكل المفرط بثلاثة مظاهر على الأقل مما يأتى :

(1)Binge eating disorder (BED).

١- الأكل بسرعة كبيرة عن المعتاد .

٢- الأكل حتى الشعور بالإمتلاء غير المريح .

٣- أكل كميات كبيرة من الطعام مع عدم الشعور بالجوع .

٤- الأكل منفرداً بسبب الإرتباك الناتج عن كمية الأكل التى يأكلها .

٥- الشعور بالإشمئزاز من النفس والإكتئاب أو الشعور بالذنب بعد الإفراط فى الأكل .

جـ- الكرب الملحوظ نتيجة الأكل المفرط .

د- يحدث الأكل المفرط ، فى المتوسط ، مرتين على الأقل فى الأسبوع لمدة ٦ شهور .

هـ- لايحدث أثناء مسار نوبة فقدان الشهية العصبى ، أو نوبات الشره العصبى .

* ملاحظة : المحكات الخاصة بالأكل المفرط التي إفترضها بداية سبيتزر وزملاؤه ١٩٩٢ ، من منشورات الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٣) .

ويرى سبيتزر وزملاؤه (١٩٩٢) أنه تم ضم إضطراب الأكل المفرط للطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى للإضطرابات النفسية (DSM-IV)، وكان قرار مجموعة العمل فى ذلك الدليل هو ضم إضطراب الأكل المفرط فى الفهرس كمجال يحتاج إلى مزيد من الدراسة . وعلى أية حال ، فإن هذه المحكات مفيدة فى تحديد الأفراد الذين يعانون من مشكلات الأكل المفرط .

والملامح الجوهرية للأكل المفرط هى أكل كميات كبيرة من الطعام والشعور بالعجز عن التحكم فى الأكل ، وقد إعتمدت المحكات السابقة على تقارير ذاتية لبعض المفرطين ، غير أن بعض الناس قد يأكلون كميات صغيرة من الطعام الممنوع ، ويعتبر فعلهم هذا إفراطاً . وتحكم محكات الطبعة الرابعة من الديل التشخيصى والإحصائى للإضطرابات النفسية على نوبة الأكل المفرط فى سياق ما إذا كان المستجيب يعتقد أن الكمية التى يأكلها ، أكبر مما يمكن أن يأكله معظم الناس . ومع التسليم بأن الحكم من جانب المستجيب مايزال ذاتياً ، فإنه ينبغى على المعالج أن يحاول الحصول على تقدير للكمية الفعلية التى تستهلك فى نوبة الأكل المفرط . ويمكن أن يشير هذا التحديد لما إذا كانت مشكلة الأكل

الأساسية هى الكمية المستهلكة ، أم أنها الإدراك بأن الأكل لايخضع للسيطرة . وتعتبر أن المظهر المعرفى لعدم التحكم فى الأكل هو الأهم ، ومن المحتمل أنه أساس شعور الأفراد بالكرب فى جانب منه على الأقل .

إن هذه المحكات التشخيصية لإضطراب الأكل المفرط مفيدة فى توجيه الإنتباه إلى مشكلة إكلينيكية مهمة . ومع ذلك ، فسيكون من الخطأ – من منظور إكلينيكى – أن نفترض أن كل محك من هذه المحكات قد خضع لإختبار مدى صدقه ، أو أنه سيكون مفيداً فى تطوير الأساليب العلاجية . وعلى سبيل المثال ، قد لايستوفى شخص ما محكات إضطراب الأكل المفرط ؛ لأن نوبات الإفراط التى تحدث أقل من إثنتين فى الأسبوع أو كانت تحدث لفترة أقل من ستة شهور . وقد يظل هذا الشخص يعانى من مشكلة مهمة ، وقد يحتاج التدخل نفسه ، الذى يقدم لشخص لديه نوبات إفراط متكررة ولفترة أطول .

ولما كان الأكل المفرط شائعاً لدى الأشخاص المصابين بالسمنة الذين يبحثون عن علاج ، إلى الحد الذى يجعل هؤلاء الأشخاص يحتاجون إلى علاج خاص ، فإن القضية ينبغى أن تؤخذ بجدية .

وتبلغ نسبة المفرطين فى الأكل من المنخرطين فى برامج علاجية إكلينيكية للسمنة من ٢٥–٥٠٪ (Marcus, Wing & Lamparski,1985; Spitzer et al.,1992) ويزداد معدل الأكل المفرط مع إزدياد الوزن (Telch, Agras & Rossiter,1988)، ويقدر إنتشار الأكل المفرط لدى الأشخاص المصابين بالسمنة فى الجمهور العام بحوالى ٢٪ تقريباً (Bruce & Agras,1992; Spitzer et al.,1992) . وقد قدر إنتشار إضطراب الأكل المفرط طول فترة الحياة فى عينة إحتمالية قومية من النساء فى الولايات المتحدة، وعبر كل فئات الوزن بـ١,٦٪ (Brewerton, Dansky, O'Neil & Kilpatrick,1993) .

ورغم أن المقارنات بين الأشخاص المصابين بالسمنة من المفرطين فى الأكل وغير المفرطين لم تبدأ إلا حديثاً ، فإن البيانات توحى بوجود فروق جوهرية . وعلى سبيل المثال ، أكلت السيدات المصابات بالسمنة اللاتى يستوفين محكات إضطراب الأكل المفرط ، فى وجبات إختبارية بالمختبر ، سعرات حرارية أكثر مما أكلته السيدات المصابات بالسمنة من غير المفرطات فى الأكل ، سواء أخبرن بتجنب الإفراط (٢,٣٤٣ فى مقابل ١,٦٤٠ سعر حرارى /كيلو) أو

بالإفراط فى الأكل (٢,٩٦٣ فى مقابل ٢,٠١٧ سعر حرارى / كيلو) .

وعند المقارنة فى ضوء الإفراط فقط ، فإن المفحوصين المصابين بإضطراب الأكل المفرط ، مقارنة بغير المفرطين ، إختاروا نسبة أكبر من السعرات الحرارية كالدهون (٣٨,٩ ٪ مقابل ٣٣,٥ ٪) ، ونسبة أصغر من السعرات الحرارية كالبروتينات (١١,٤ ٪ مقابل ١٥,٤ ٪ (Yanouski et al.,1992) . وعلى الرغم من أن هذه الفروق فى المتغيرات الخاصة بالأكل ، لم تجد دراسة أخرى فروقاً بين المفحوصين المصابين بإضطراب الأكل المفرط وغير المصابين به فى متغيرات التمثيل الغذائى مثل الجلوكوز ، ودهون الدم ، ومعدل الأيض الكامن ، بعد ضبط مؤشر كتلة الجسم والعمر (O'Neil & Jarrell, et al.,1992) .

غير أن مصاحبات صورة الجسم للأكل المفرط ليست واضحة تماماً . ولم يختلف المصابون بإضطراب الأكل المفرط عن غير المصابين ، فى عينة إكلينيكية من النساء المصابات بالسمنة ، فى إجراء إختيار السلويت (*) (١) ، المستخدم فى الحصول على مقاييس تقدير لحجم الجسم الحالى أو حجم الجسم المثالى أو المرغوب (Davis, Williamson, Goreczny & Benett,1989) .

وعلى الرغم من ذلك ، فعند قياس المكونات المؤثرة لصورة الجسم لدى عينة مسح غير إكلينيكية ، ذكر الرجال والنساء المصابين بالسمنة وبإضطراب الأكل المفرط عدم رضا أكبر عن الجسم وقيّموا مظهرهم بصورة سلبية وبدا عليهم كثرة الإنشغال بالمظهر والوزن مقارنة بالمفحوصين المصابين بالسمنة ، ولكنهم غير مصابين بالأكل المفرط (Cash,1991) .

ويختلف المصابون بالسمنة وبإضطراب الأكل المفرط عن المصابين بالسمنة وغير مصابين بإضطراب الأكل المفرط فى شيئين إضافيين ، ينبغى أخذهما فى الإعتبار عند تحديد البرامج العلاجية . أولهما : أن المصابين بالسمنة وبإضطراب الأكل المفرط الذين يحضرون للعلاج ؛ من أجل إنقاص الوزن لديهم مستويات أعلى من الإضطرابات النفسية عن الأشخاص المصابين بالسمنة وغير مصابين بإضطراب الأكل المفرط الذين يبحثون عن العلاج (Laporte,1992; Marcus, Wing & Hopkins,1988) .

(*) رسم صورة ظلية للشخص (المترجم)

(1) Silhouette

وثانيهما : يبدو أن الأكل المفرط لدى المصابين بالسمنة يرتبط بالاستجابة الضـعيفـة للعـلاج (Keefe, Wyshogrod, Weinberger & Agras, 1984; Marcus et al., 1988) . على الرغم من أنه لاتوجد تقارير عن وجود فروق بين المصابين بالأكل المفرط وغير المصابين به (Jarrell,1991) .

ونحن نعتقد أن الأكل المفرط لدى الأشخاص المصابين بالسمنة يمثل إضطراباً فى الأكل مضافاً إلى السمنة . وليس من الواضح ما إذا كان الأكل المفرط يسبق السمنة أو يعقبها . وسوف يكون إرساء العلاقة السببية مهماً لتحديد العلاجات المناسبة للأشخاص المصابين بالسمنة ومصابين بالأكل المفرط . وفى الوقت نفسه ، من الواضح أن المصابين بإضطراب الأكل المفرط ولديهم مستويات مرتفعة من الإضطراب النفسى لايستفيدون بدرجة جيدة من العلاج ، ولديهم نمط مضطرب من الأكل . ويؤدى إلحاق هؤلاء الأفراد فى البرامج التقليدية لإنقاص الوزن – فى بعض الأحيان – دون الإلتفات إلى الأكل المضطرب إلى نتائج مخيبة للآمال .

ولدينا إنطباع إكلينيكى بأن بعض المصابين بالأكل المفرط قد يحتاجون علاجاً لأكلهم المضطرب ، قبل أو أثناء برنامج إنقاص الوزن . ومع ذلك ، لم تجر أى دراسات لإختبار هذا الإفتراض وسوف يكون فحص تحسن المصابين بالسمنة وإضطراب الأكل المفرط فى العلاجات التقليدية لإنقاص الوزن ، مقارنة بنظرائهم فى البرامج التى تتعامل مع إضطراب الأكل المفرط أولاً ، والوزن ثانياً من المجالات الخصبة للبحث .

وقد تم إشتقاق عدة أساليب علاجية واعدة لإضطراب الأكل المفرط من العمل ، الذى أجرى حول الشره العصبى ، وبصفة أساسية العلاج المعرفى السلوكى، والعلاج النفسى التفاعلى (Fairburn, et al.,1991, Wilfley et al., 1993; فى ويلسون وبايك الفصل السابع من هذا الكتاب) . وتتجه المناحى المعرفية السلوكية نحو الإتجاهات الخاطئة الخاصة بالوزن والشكل وتهدف إيجاد أنماط أكل أكثر تنظيماً من تلك المضطربة لدى المفرطين . أما العلاج النفسى التفاعلى فلا يتعامل مع الأعراض المحورية لإضطراب الأكل فى حد ذاته ، وإنما يركز أكثر على العلاقات الجوهرية فى حياة العميل .

لقد تم الحصول على نتائج مكافئة أساساً من هذين المنحيين المختلفين جوهرياً فيما يتعلق بالشره العصبى (Fairburn et al.,1991) والأكل المفرط لدى الأشخاص المصابين بالسمنة (Wilfley et al.,1993) ويثير ذلك عدة إحتمالات مهمة ، أولها : أن أعراض إضطراب الأكل قد تنشأ من أسباب مختلفة ، وثانيها أن الأكل المفرط فى حد ذاته – لدى بعض الأشخاص – قد يكون إنعكاساً لإضطراب آخر أى كعرض ثانوى . وثالثها أن مواءمة الأفراد للعلاجات المختلفة قد تكون جزءاً من علاج الأشخاص المصابين بالأكل المفرط من بين المصابين بالسمنة . وقد بدأ البحث يأخذ طريقه لفحص عوامل المواءمة أو المضاهاة ، غير أن محكات المضاهاة تلك لم تتوفر بعد . ونحن نفترض أن الأفراد الذين لديهم إضطرابات خطيرة فى العلاقات ، والتى تشمل هذه الإضطرابات مع أحد إضطرابات الشخصية . قد يحتاجون للعلاج النفسى التفاعلى ، بينما يكون المنحى المعرفى السلوكى الذى يركز على الأعراض هو المفضل فى علاج إضطرابات أخرى ، ونحن نؤكد الطبيعة التأملية لهذا الإفتراض .

ولما كانت التغطية الأكثر تفصيلاً للأكل المفرط غير ممكنة فى سياق الفصل الحالى ، فنحن نحيل القارىء إلى مؤلف شامل حول الأكل المفرط وعلاجه (Fairburn & Wilson,1993) .

- أهداف إنقاص الوزن والتوقعات كعوائق أمام تغيير الوزن :

لقد ناقشنا فيما سبق أهمية تأكيد الأهداف السلوكية ، بحيث لاتكون التغيرات على الميزان هى المحك الوحيد الذى يحكم العملاء على سلوكهم فى ضوئه . ولانستطيع أن ننكر أهمية الميزان ، ومع ذلك ينبغى على الأخصائيين الإكلينيكيين الإعتراف بأن العملاء – بصفة عامة – يبدأون العلاج وهدفهم هو إنقاص الوزن . والعملاء الذين يركزون على هذا الهدف يصابون بالإحباط الشديد .

إن مفهوم «الوزن المستهدف» (١) يكون ماثلاً فى أذهان الأفراد الذين يحاولن إنقاص وزنهم فى المقام الأول . ويمكن أن تكون المحكات المستخدمة لإرساء الوزن المستهدف مغرقة فى الخصوصية ويمكن أن تتغير بمرور الوقت . ويطمح عديد من الأشخاص إلى الوزن الذى يتذكرونه عند نقطة بارزة فى حياتهم ، ومن أمثلة ذلك ، أيام المدرسة الثانوية ، أو عند التخرج من الجامعة ،

---

(1) Goal Weight

عند الزواج ، أثناء الخدمة العسكرية ، الوزن المنخفض لأحد الراشدين ، أو الوزن عقب الإنتهاء من برنامج لإنقاص الوزن . وفى بعض الأحيان يكون لدى الأفراد وزن مستهدف على أساس مرجع صحى ، وهى عادة أوزان مثالية مشتقة من جداول الطول والوزن . ويؤسس الوزن المستهدف فى البرامج التجارية على خليط من رغبة الأفراد ، مع الأرقام المأخوذة من جداول الأوزان المثالية .

ويمثل الوزن المستهدف طموحات الأفراد على المدى الطويل ، وقد يستغرقون شهوراً أو سنوات للوصول إليه . ويعتبر الهدف بعيداً ، بأى تقدير ، ويمثل المنتج النهائى لعدد من التغيرات فى الإتجاهات ، والوجدان ، والسلوك وفى ضوء خبرتنا ، يشعر العملاء أن الهدف بعيد ، وأنه مستحيل أو بعيد المنال فى بعض الأحيان ، حتى مع حدوث تقدم مرض فى هذا الإتجاه . ويمكن أن يكون الوزن المستهدف عائقاً حقيقياً أكثر منه مصدراً للدافعية والتشجيع . ويصدق ذلك بوجه خاص على الأشخاص الذين يعانون من زيادة جوهرية فى الوزن . ومن السهل أن تتخيل الشخص الذى بدأ برنامجا لإنقاص ستين رطلاً من وزنه للوصول إلى الوزن المستهدف ، وكم سيشعر بالإستياء بخصوص أربعين رطلاً لم يفقدها مقارنة بعشرين رطلاً فقدها بالفعل ، حتى لو كانت الأرطال العشرون التى فقدها قد إستغرقت أربعة شهور وإحتاجت لجهد ضخم .

وينطوى مفهوم الوزن المستهدف على مقولة « أن الفرد يمكن أن يصل إلى هذا الوزن فى حقيقة الأمر ويتجاهل ذلك إحتمال إستحالة الوصول للوزن المستهدف لدى بعض الأفراد» . وقد تفرض العوامل البيولوجية مثل عدد الخلايا الدهنية ، وإستهلاك الطاقة الكامنة ، أو العوامل الأخرى التى تتأثر بالعوامل الوراثية قيوداً على إنقاص الوزن . وقد لايمكن الدفاع عن درجة تقييد الطعام والنشاط البدنى المطلوب لفقد الوزن الزائد ، والحفاظ على الوزن المستهدف لدى آخرين .

- الوزن المثالي في مقابل الوزن المعقول :

من الوسائل الممكنة لتجنب المشكلات التى تنجم عن الأوزان المستهدفة ، التخلى عن مفهوم الوزن المثالى لصالح الوزن المعقول أو المقبول (١) (Brownell & Rodin,1990, Brownell & Wadden,1991,1992) .

وينبغى أن يتحدد الوزن بعدد من العوامل ، وأن يكون هو الوزن الذى يستطيع الشخص الوصول إليه والمحافظة عليه بإحداث تغيّرات معقولة فى أسلوب

(1) Reasonable weight.

حياته . ويعتبر هذا المفهوم عكس الإعتقاد بأن الوزن المرتفع يؤدى إلى خطورة مرتفعة وأن كل الزيادة فى الوزن لابد من التخلص منها . ومع أن هذا المنحى صحيح من الناحية النظرية فنحن نشعر أن هذا المنحى غير فعّال ؛ لأن الهدف البعيد قد لايؤدى إلى تشجيع الناس ، والوزن المستهدف يمكن أن يقود إلى الإنتكاس (Brownell et al.,1986) .

بالإضافة إلى ذلك ، يمكن أن تحدث التغيّرات المؤثرة فى العوامل المهيئة للخطورة مع الإنقاص الصغير نسبياً للوزن (Blackburn & Kanders,1987; Goldstein,1992) . ويعتبر خفض ضغط الدم وتحسين التحكم الأيضى لدى مرضى السكر من بين هذه التغييرات . والنقطة الجوهرية هى أن التناقصات الأصغر والأفضل إستمراراً قد تكون أكثر فائدة من التناقصات الأكبر التى يعقبها الإنتكاس (Brownell & Wadden,1992) .

إذاً كيف يمكن تحديد الوزن المعقول ؟ . ومرة أخرى ينبغى علينا أن نعوّل على الحكم الإكلينيكى والحدس لدى العملاء . ويقدم الجدول (٧-٨) خمسة أسئلة قد تكون مفيدة فى التفاهم مع العميل على الوزن المعقول . ومع أن البحوث لم تجر بعد للتأكد من مصداقية أى من هذه المحكات أو أى محكات أخرى ، فقد وجدنا أنها مفيدة فى إيجاد أساس للعميل كى يقبل الوزن المعقول .

جدول (٧-٨) الأسئلة المستخدمة كمحكات إكلينيكية تساعد فى إرساء الوزن المعقول لعميل واحد

١- هل يوجد تاريخ لزيادة الوزن لدى والديك أو أجدادك ؟

٢- ما أقل وزن حافظت عليه لمدة عام على الأقل كشخص راشد ؟

٣- ما أكبر مقاس للملابس التى تشعر معها بالراحة إلى الحد الذى تقول «أبدو وسيماً أينما ذهبت»، وعند أى وزن كنت ترتدى هذه الملابس ؟

٤- فكر فى أحد أصدقائك أو أحد أفراد أسرتك (فى عمرك نفسه وشكل جسمك نفسه) تعتبره عادياً من وجهة نظرك . ماوزن ذلك الشخص؟

٥- فى أى وزن تعتقد أنه بإستطاعتك أن تعيش مع التغييرات المطلوبة فى الأكل أو الرياضة ؟

* ملاحظة : هذه الأسئلة ترتكز في جانب منها علي المحكات التي وضعها براونيل ورودين Brownell & Rodi 1990 ، وتمثل الإنطباع الإكلينيكي . أما المحكات القائمة علي أساس البحوث فلم تظهر بعد . (مأخوذ عن براونيل ورودين، ١٩٩٢ ، ص ٥٠٩) من منشورات الجمعية الأمريكية لعلم النفس ، ١٩٩٢ .

إن العملاء قد لايكونوا معتادين على مفهوم الوزن المعقول ، وبالتالى ينبغى تقديمه بمنطق قوى ، كما يتضح من خلال الجلسة التالية بين المعالج والعميل :

المعالج : دعنا نتحدث عن الوزن المستهدف ، فيم تفكر عندما تسمع ذلك ؟

العميل : أريد أن يكون وزنى ١٢٠ رطلاً .

المعالج : ولماذا ١٢٠ رطلاً ؟

العميل : الممرضة التى تعمل فى عيادة طبيبى الخاص قالت إن وزنى ينبغى أن يكون ١٢٥ رطلاً طبقاً للجدول ، ولكن وزنى كان ١٢٠ رطلاً عندما تزوجت وكنت أبدو رائعاً .

المعالج : هل هذا هو الهدف الذى وضعته من قبل عند إلتحاقك ببرامج أخرى ؟

العميل : بالتأكيد ، فهذا هو الوزن الذى أريده .

المعالج : وما المدة التى تعتقد أنك بحاجة إليها لتصل لذلك ؟

العميل : حسناً ، وزنى الآن ١٨٢ رطلاً ، وبالتالى أعتقد أن ذلك يستغرق ثلاثة أو أربعة شهور .

المعالج : سوف نتحدث عن ذلك فيما بعد ؛ لأن السرعة التى تتوقع أن تخس بها ترتبط بالكم الذى تتوقع أن تفقده . والآن دعنا نعود إلى إنقاص الوزن المستهدف . إذا كان هدفك ١٢٠ رطلاً ، فمن السهل أن نرى كيف ستشعر بالإخفاق أثناء البرنامج . هل تستطيع أن تتخيل ذلك ؟

العميل : حسناً ، لم أنجح فى القيام بذلك من قبل ، ولذلك قد أشعر بالخوف من أننى لن أفعل ذلك .

المعالج : حقاً : قد يكون الخوف الذى تشعر به واقعياً بسبب الظروف . إنك تريد أن تتجنب الوقوع فى مأزق . فماذا تعتقد عن وضع هدف مقداره ١٢٠ رطلاً، وأنت لم تستطع الوصول إليه من قبل ؟

العميل : إن ذلك قد يثير حماسى ، لكننى قد لا أصل إليه مطلقاً .

المعالج : هذا هو الوقت المناسب للحديث عن الوزن المعقول بالنسبة لك . الوزن **المعقول هو الوزن الذى تشعر أنه بإمكانك الوصول إليه مع العمل الشاق** والمثابرة . إنه الوزن الذى يمكن أن تعيش فيه مع التغييرات التى تقوم

بها ، إنه الوزن الذى تستطيع المحافظة عليه .

العميل : وكيف أعرف ذلك الوزن ؟

المعالج : دعنى أسألك عدة أسئلة ، لأن هذا سوف يساعدنا فى الإقتراب من الوزن المعقول . هل كان والدك أو أجدادك يعانون من زيادة الوزن ؟

العميل : والدتى كانت تعانى من زيادة الوزن ، وكذلك كان جدى . أما جدتى فكانت ممتلئة ولكنها لم تكن بدينة فعلاً .

المعالج : تاريخ زيادة الوزن فى عائلتك يثير إحتمال وجود عامل وراثى فى زيادة الوزن ، ولكنى لاأستطيع أن أجزم بصحة ذلك .

العميل : وهل يعنى ذلك أننى لن أستطيع إنقاص وزنى ؟

المعالج : لا ، قد لايكون لديك هذا الإستعداد الوراثى على الإطلاق ، وحتى لو كان لديك ، فربما مازال من الممكن بالنسبة لك إنقاص وزنك . دعنا ننتقل إلى السؤال الثانى لنرى كيف تبدأ المعلومات فى الإلتقاء .

العميل : موافق .

المعالج : ما أدنى وزن كان بإستطاعتك الحفاظ عليه كراشد لمدة عام واحد على الأقل ؟

العميل : من الصعب تحديده ، لكنى أعتقد أن وزنى هبط إلى ١٤٠ رطلاً ، عندما كنت صائماً وأتناول السوائل .

المعالج : وهل إستطعت البقاء على وزن ١٤٠ رطلاً لمدة عام أو أكثر ؟

العميل : كنت أتذبذب بين ١٤٠ و١٥٠ رطلاً لما يقرب من عام .

المعالج : السؤال الثالث ، فكر فى أكبر مقاس لملابسك ، والذى تشعر أنك مرتاح فيه ، وتشعر أنك تبدو وسيماً ، فما الوزن الذى تكون عليه حتى تتمكن من إرتداء هذه الملابس ؟

العميل : حسناً ، أريد أن أقول إنه ١٢٠ رطلاً ، لأننى أحب أن أكون مثلما كنت عند زواجى .

المعالج : تذكر الآن أننا نتحدث عن الوزن المعقول .

العميل : أعتقد أنه سيكون بإستطاعتى أن أرتدى ملابس تجعلنى أبدو أفضل كثيراً، عما أنا عليه الآن ووزنى حوالى ١٤٠ أو ١٥٠ رطلاً ، وعندما نقص وزنى بسرعة ، كنت أبدو أفضل كثيراً وقال زملائى أشياء لطيفة عنى .

المعالج : إذاً فسوف أسألك السؤال الرابع ، فكر فى صديق أو أحد أفراد الأسرة ، يكون فى وزنك وحجمك نفسيهما ، وتشعر أنت أنه يبدو عادياً ، فما هو وزن ذلك الشخص ؟

العميل : أختى سالى – فى الحقوق – فى حجمى نفسه تقريباً ، فهى مكتنزة ولكها لاتبدو بدينة ، وأعتقد أن وزنها ١٣٥ رطلاً .

المعالج : السؤال الأخير ، فى أى وزن تعتقد أنه بإمكانك أن تعيش مع التغييرات التى عليك أن تعملها فى أكلك ورياضتك ؟ تذكر النظام الغذائى فى الماضى ، وفكر فيما كنت تفعله للحفاظ على أوزان منخفضة ، كيف كان ذلك ، وهل تستطيع أن تعيش على ذلك النحو ؟

العميل : بعد الصيام ، كنت آكل وجبات منتظمة ، كانت صغيرة ولكنى شعرت أن بإستطاعتى الأكل بشكل طبيعى ، وكنت أمشى مع صديقى ثلاثة أميال أو نحو ذلك فى الأسبوع ، وشعرت بالسعادة لأن شكلى كان أفضل .

المعالج : هل تعتقد أن بإستطاعتك أن تعيش بهذه الطريقة بشكل دائم ؟

العميل : أعتقد ذلك ، لقد مارسته لمدة عام ، لكن الأحوال فى العمل بدأت تضطرب وأصبح جدولى مشكلة خاصة مع وجود الأطفال .

المعالج : إذا استطعت إيجاد طريقة ما للتعامل مع الضغوط ، وأن تحتفظ بحياتك على وتيرة واحدة ، هل تعتقد أنك تستطيع العيش بعاداتك فى الأكل والرياضة التى كنت تمارسها حينذاك ؟

العميل : أعتقد ذلك .

المعالج : حسناً ، دعنا نضع كل ذلك مع بعضه البعض . فقد تكون قلقاً بخصوص زيادة الوزن ، وبسبب التاريخ العائلى الذى وصفته ، وبالتالى فالهبوط إلى ١٢٠ رطلاً قد يكون ممكناً أو لا يكون . وكنت قادراً على البقاء بين ١٤٠ و١٥٠ رطلاً بعد ريجيم السوائل ، واستمريت عليه لمدة عام وكنت تعتقد أنك أصبحت أفضل فى ذلك الوقت ، وأختك سالى تبدو معقولة

بالنسبة لك ، وأنت تعتقد أن وزنها حوالى ١٣٥ رطلاً ، وأخيراً قلت إنك تستطيع أن تعيش بالتغييرات التى قمت بها بعد ريچيم السوائل ، عندما كان وزنك بين ١٤٠و١٥٠ رطلاً . هل كل ذلك يوحى لك بأى تقدير لما تعتبره وزناً معقولاً ؟

العميل : من ١٤٠ إلى ١٥٠ رطلاً .

المعالج : هذا التقدير يعتبر المدى الصحيح بالنسبة لى . وعلى الرغم من ذلك فوزن ١٤٠ رطلاً قد يكون منخفضاً ، لأن هذا فى أسفل المدى الذى يتراوح بين ١٤٠ و١٥٠ رطلاً . دعنا نجعله أكثر أمناً ، ونحدد الوزن الذى تعتقد أنه معقولاً فعلاً .

العميل : أعتقد أن ١٥٠ سيكون مناسباً .

المعالج : وكيف تعتقد أن ذلك سيكون مناسباً لك ؟

العميل : لقد فهمت ماتقول ، ولكن من الصعب علىّ أن أطرح فكرة ١٢٠ رطلاً من ذهنى .

المعالج : ١٢٠ رطلاً كانت جزءاً من تفكيرك لفترة طويلة ، ولكن ماقلته لم يصيبنى بالدهشة فإذا راقبت نفسك فى كل مرة تفكر فى الـ ١٢٠ رطلاً ، وقلت شيئاً ما من قبيل : «الـ ١٢٠ رطلاً سوف تتلاشى ، والوزن الجديد يمكن أن يحل محلها . إن وزن ١٢٠ يبدو جيداً ولكنه لن يشجعنى ، وسوف أحقق تقدماً كبيراً إذا نقص وزنى إلى ١٥٠ رطلاً ، وعندئذ يمكن أن أنزعج إذا فقدت المزيد» .

- **التوقعات كعوائق :**

يدخل العملاء غالباً إلى العلاج بتوقعات ، يمكن أن تكون واقعية وبناءة أو غير واقعية ومثيرة للمشاكل . ويعتبر وضع وزن مستهدف على أساس إفتراضات خاطئة نوعاً من هذه التوقعات . وقد يتورط البعض فى توقع مؤداه أن يتم فقد الوزن بمعدل أسرع مما هو متاح ، أو أن المهمة أسهل عما هو ممكن ، أو أن الحياة ستتحسن بطريقة جذرية بمجرد تحقيق تناقص فى الوزن . وسوف نناقش آخر هذه التوقعات بشىء من التفصيل فيما يلى ؛ فمعدل تناقص الوزن مسألة شائعة عندما تكون التوقعات أكثر واقعية .

وتلقى المحادثة التالية الضوء على أحد المناحى التى توضح المسألة مع العميل سالف الذكر :

المعالج : لقد ذكرت من قبل أنك ستأخذ ثلاثة أو أربعة شهور للوصول إلى هدفك ، فهل تستطيع أن تشرح من أين جئت بهذا التقدير ؟

العميل : لم أفكر فيه كثيراً جداً ، ولكن يبدو أنه وقت طويل .

المعالج : دعنا نقوم ببعض الحسابات لنرى إلى ما سننتهى . ما المقدار الذى تعتقد أن بإستطاعتك أن تفقده كل أسبوع ؟

العميل : قد يكون ثلاثة أرطال .

المعالج : سيكون ذلك تناقصاً سريعاً للوزن . وقد تفقد هذا الوزن فى الأسبوع أو الأسبوعين الأولين ولكن فى برنامج مثل برنامجنا ، حيث تقوم بتغيرات معقولة فى أسلوب الحياة ، يمكنك أن تأمل فى فقد رطل أو رطلين كل أسبوع ، ولكى تكون فى مأمن ، دعنا نقول إنك ستفقد رطلاً فى الأسبوع. فإذا كنت تريد أن ينزل وزنك من ١٨٢ إلى ١٥٠ رطلاً فمعنى هذا أنك ستفقد ٣٢ رطلاً . فما هى الفترة الزمنية التى ستأخذها كى تصل إلى ١٥٠ رطلاً ؟

العميل : دعنا نرى ، حوالى ٣٢ أسبوعاً ؟

المعالج : حسناً ، أى ثمانية شهور ، وهذا ضعف ماكنت تعتقده .

العميل : هذا شيء مخيف ، لا أستطيع أن أتخيل أنى سأستمر على نظام غذائى لمدة ثمانية أشهر .

المعالج : ربما كانت تلك إحدى المشكلات التى واجهتك فى الماضى . ومن الشائع أن نجد أفراداً يفقدون الوزن بسرعة لابأس بها ومع ذلك يشعرون بالإحباط. ولاينشأ الإحباط من نقص التقدم فقط ، ولكن من الطريقة التى ننظر بها إلى التقدم عندما يصطدم بتوقعات غير واقعية أيضاً .

العميل : وماذا أفعل إذاً ؟

المعالج : يجد كثير من الناس الذين أعالجهم أن من المفيد وضع رسم بيانى لتناقصات الوزن المتوقعة ، وبالتالى يعرفون مايتوقعونه بالنسبة للوزن

عند فترة معينة من الزمن . ومادمنا فى الأول من شهر فبراير ، فسنتوقع أن تفقد ستة أرطال لتصل إلى ١٧٦ رطلاً عندما يأخذ أطفالك أجازة الربيع من المدرسة . وفى يوم سداد الرسوم أى فى ١٥ إبريل ، ينبغى أن تكون قد فقدت من ١٠-١٢ رطلاً لتصل إلى ١٧٠ رطلاً ، وفى يوم عيد ميلادك فى يونيو قد تكون وصلت إلى ١٦٠ رطلاً ، وفى الرابع من يوليو ستصل إلى ١٥٥ رطلاً . وربما تستطيع أن تستنتج التواريخ البارزة والمعدل المضبوط لتناقص الوزن ، ولكن ذلك سوف يعطيك فكرة ما عن كيفية الوصول إليها .

العميل : ولكنه لايمثل تناقص الوزن المرغوب تماماً .

المعالج : هذا صحيح ، لكنه تناقص واقعى . والشىء المختلف فى هذا الجدول أنك ستفقد الوزن بشكل أبطأ مما تريد ، ولكنك لو أجريت التغييرات الصحيحة، فسوف يمكنك الإستمرار .

- إستخدام مباديء التشكيل في و ضع أهداف قصيرة المدي :

تقدم مناقشة الوزن المعقول فرصة ممتازة لتقديم مفهوم التشكيل (١) ، ولمساعدة العملاء ، كى يقبلوا فكرة ضرورة تحديد الأهداف قصيرة المدى بمجرد بدء العلاج :

المعالج : والآن وبعد أن حددت هدفك المعقول ، دعنا نتحدث عن هدفك المبدئى فى البرنامج .

العميل : هدفى الأكبر هو الوصول إلى وزن ١٥٠ رطلاً والذى انتهينا إليه من قبل.

المعالج : هذا هدفك النهائى ، ولكنى أتحدث عن هدفك الأولى . دعنى أشرح لك مبدأ شيقاً يسمى التشكيل ، هل لديك أى تخمين عما يشير إليه هذا المبدأ؟

العميل : أتعنى أن نشكل أهدافاً أفضل ؟

المعالج : بشكل عام ، نعم ، إنه يعنى أن نأخذ أهدافاً بعيدة المدى ، ثم نقسمها إلى أهداف قصيرة المدى يمكن التعامل معها .

---

(1) Shapping

العميل : وما الفرق الذى يؤدى إليه ؟ فوزنى إما سينقص أم لا . لماذا يعمل هذا الهدف بشكل أفضل مادام خط الأساس هو قوة إرادتى ؟

المعالج : إذا صوبت نحو الهدف الكبير فقط ، فسوف تشعر بالإنجاز بعد الوصول إليه فقط ولكنك عندما تضع أهدافاً قصيرة المدى ، فسوف تجد عديداً من الفرص لتشعر بالسعادة ، ولكى تكافىء نفسك . وهذا سوف يعطيك الدافعية على مدى الشهور التى ستستغرقها فى إنقاص الوزن .

العميل : وكيف أفعل ذلك ؟

المعالج : إذا أردت أن تنقص وزنك من ١٨٢ إلى ١٥٠ ، فربما نستطيع أن نحدد تناقص رطلين على أنها هدفك الأول ، وبعدئذ ننزل خمسة أرطال من هذه النقطة ، وسوف تركز على الرطلين أو على خمسة أرطال ، مادامت هذه فقط هى أهدافك فى هذا الوقت .

العميل : ولكن لماذا لاأفكر فى الطريقة التى أريد بها أن أفقدها جميعاً ؟

المعالج : ما أقوله قد يبدو ساذجاً . ولكن حاول أن تفعله . أنت تعرف ماذا يعنيه الناس بقولهم إنهم محتاجون ليوم واحد . والمدربون يقولون دائماً إنهم يفكرون بإستمرار فى المباراة الحالية فقط ، عندما يسألهم المراسلون عن المباريات فى المستقبل . وفى كل الحالات ، يقول الأفراد إنهم سيشعرون بالتشتيت والإحباط لو فكروا فى المستقبل البعيد ، وسوف يؤدون بشكل أفضل إذا ركزوا على الهدف المباشر . وسيكون ذلك صحيحاً بالنسبة لك . فإذا استطعت أن تحتفظ بتركيزك على الهدف الأصغر ، فسوف تتجه نحو شيئاً ما قابلاً للتحقيق ، وهذا سوف يجعلك تشعر بالفخر وتزيد من ثقتك بنفسك ، وهذا هو إنجازك العظيم على المدى البعيد..

الخلاصة :

السمنة إضطراب معقد له أسباب متعددة ، سواء كانت مؤثرات طبية أو نفسية ، ويحتاج إلى علاج . والحل المزعوم المسمى بالنظام الغذائى (الريچيم) ، نشاط شائع يحدث الآن بمعدلات قياسية . وترجع المعدلات المرتفعة من النظام الغذائى فى جانب منها إلى المعدلات المرتفعة من السمنة ولكن كثير من حالات النظام الغذائى تحدث لأن الأفراد يطمحون فى الوصول لأشكال نحيفة للجسم

بشكل غير واقعى . مثل هذه الطموحات غير الواقعية بالإضافة إلى الإعتراف الحالى بأن النظام الغذائى ، قد يكون له مترتبات سلبية ، توحى بأنه على أى فرد أن يتخذ قراراً واعياً بمدى إستعداده للمشاركة فى برنامج لإنقاص الوزن ، قبل أن يقرر كيف سينقص وزنه .

وهناك عديد من المناحى المتاحة للشخص الذى يحاول إنقاص وزنه . وبعد إستبعاد المناحى غير الآمنة وغير الفعّالة ، سيظل هناك عديد من الإختيارات من بين البرامج التجارية وبرامج المساعدة الذاتية ، والإرشاد الذى يقدمه عديد من المتخصصين فى الصحة ، والخطط التى لاتحصى لإنقاص الوزن بالإعتماد على النفس . وينظر المتخصصون إلى هذه المناحى والبرامج على أنها طرق ومصادر بحيث تعتبر الإحالة إلى برامج أخرى ، أو التوفيق بين مناحٍ مختلفة ، أو إستخدام مناحٍ مختلفة بالتتابع الآن جزءاً من خدمة تقدم للأشخاص المصابين بزيادة الوزن ، هذا مع الإحتفاظ بفلسفة مؤداها أن السمنة مشكلة مزمنة تتطلب تعاملاً طويل المدى .

ومن الأشياء الأساسية فى أى برنامج التغيير فى أنماط إستهلاك الطعام والنشاط البدنى . وينبغى تمييز ذلك عن الوسائل التى يتم إختيارها لكى تصاحب هذه التغييرات . وبناء على ذلك ، يوجد عدد من العوامل التصورية المهمة ، أولها : فلسفة تغيير أسلوب الحياة ، حيث يتم تشجيع التغيير فى الأكل والرياضة ، ويتم التأكيد على إدخال هذه التغييرات إلى أنماط الحياة اليومية ، ويشمل الثانى وضع أهداف معقولة ، والإتجاه نحو التغييرات الكبرى بعمل تغييرات صغرى ، متدرجة وقابلة للتحقيق . أما الثالث فيعنى بالتركيز على المحافظة على التغيير السلوكى ، ويعتبر تناقص الوزن ثم زيادته مرة أخرى أمراً شائعاً جداً ، ولكن هناك أساليب – وبخاصة المشتقة من نظريات تغيير السلوك – يمكن أن تزيد من إحتمال نجاح الشخص .

- إعتراف بالفضل :

يشكر المؤلفون الدكتورة سوزان فرانكس Susan Franksوكاترين ر. جونز Catherine R. Jonesوالدكتورة كارين ل. بيلجرين Karen L. Pellegrin على مساعدتهم فى تقديم المادة التى إستخدمت كأمثلة للحالات .

REFERENCES

American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3 / 1 / 93.* Washington, DC: Author.

Barsky, A. J. (1988). *Worried sick: Our troubled quest for wellness.* Boston: Little Brown.

Bennett, W., & Gurin, J. (1982). *The dieter's dilemma: Eating less and weighing more.* New York: Basic Books.

Bjorntorp, P., & Brodoff, B. (Eds.), (1992). *Obesity.* Philadelphia, PA: Lippincott.

Blackburn, G. L., & Kanders, B. S. (1987). Medical evaluation and treatment of the obese patient with cardiovascular disease. *American Journal of Cardiology, 60,* 55g - 58g.

Blair, S. N., Shaten, J., Brownell, K. D., Collins, G., & Lissner, L. (in press). Body weight change, all-cause and cause-specific mortality in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Annals of Internal medicine.*

Brewerton, T. D., Dansky, B. S., O'Neil, P. M., & Kilpatrick, D. (1993). *The prevalence of Binge Eating Disorder in a national sample of women.* Paper presented at the meeting of the American Psychiatric Association, San Francisco, CA.

Brownell, K. D. (1980). Assessment of eating disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Behavioral assessment of adult disorders* (pp. 329 - 404). New York: Guilford Press.

Brownell. K. D. (1990). Dieting readiness. *Weight Control Digest, 1,* 1 - 10.

Brownell. K. D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: Where Physiology and culture collide *Behavior Therapy, 22,* 1- 12.

Brownell. K. D. (1992). *The LEARN program for weight control.* Dallas, TX: American Health Publishing.

Brownell. K. D., Greenwood, M. R. C., Stellar, E., & Shrager, E. E. (1986). The effects of repeated cycles of weight loss and regain in rats. *Physiology and Behavior, 38,* 459 - 464.

Brownell. K. D., & Jeffery, R. W. (1987). Improving longterm weight loss: Pushing the limits of treatment. *Behavior Therapy, 18,* 353 - 374.

Brownell. K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Willson, G. T. (1986). Understanding and preventing relaps. *American Psychologist, 41,* 765 - 782 .

Brownell. K. D. & Rodin, J. (1990). *The weight maintenance survival guide.* Dallas, TX: American Health Publishing.

Brownell. K. D. & Rodin, J. (1992). *The dieting maelstrom: Is it possible and advisable to lose weigh?* Manuscript submitted for publication.

Brownell. K. D. & Rodin, J. (1993). *Medical, metabolic, and psychological effects of weight cycling.* Manuscript submitted for publication .

Brownell. K. D. & Wadden, T. A. (1991). The heterogeneity of obesity: Fitting treatments to individuals. *Behavior Therapy, 22,* 153 - 177 .

Brownell. K. D. & Wadden, T. A. (1992). Etiololgy and treatment of obesity: Understanding a serious, prevalent, and refractoty disorder.*Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 505 - 517.

Bruce, B., & Agras, W. S. (1992). Binge eating in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders, 12,* 365 - 374.

Cash, T. F. (1991). Binge eating and body images among the obese: A further evaluation. *Journal of Social Behavior and Personality, 6,* 367 - 376.

Ciliska, D. (1990). *Beyond dieting: Psychoeducational interventions for chronically obese women, a non-dieting approach.* New York: Brunner / Mazel.

Davis, C. J., Williamson, D. A., Goreczny, A. J., & Bennett, S. M. (1989). Body-image disturbances and bulimia nervosa: An empirical analysis of recent revisions of the DSM-III.*Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 11,* 61 - 96.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., Burton, J., & Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 48,* 463 - 496 .

Fairburn, C. G., & Wilson, G. T. (Eds.). (1993). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment.* New York: Guilford Press.

Fallon, A., & Rozin, P. (1985). Sex differences in perception of desirable body size. *Journal of Abnormal Psychlolgy, 94,* 102- 105.

Foreyt, J. P., & Goodrick, G. K. (1992). *Living without dieting.* Houson, TX: Harrison.

Friedman, M., & Brownell, K. D. (1992). *Psychological correlates of obesity: A risk factor model to explain who will suffer,* Manuscript submitted for publication.

Garner, D. M., & Wooley, S. C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Climical Psychology Review, 11,* 729 - 780.

Glassner, B. (1988). *Bodies: Why we look the way we do and how we feel about it.* New York: Putnam.

Goldstein, D. J. (1992). Beneficial health effects of modest weight loss. *International Journal of Obesity, 6,* 397 - 416.

Goodrick, G. K., & Foreyt, J. P. (1991). Why treatments for obesity don't last. *Journal of the American Dietetic Association, 91,* 1243 - 1247.

Health Learning Systems. (1991, Fall). Weight management resources. *Contemporary Man-*

agement of the Overweight Patient (3), 2 - 5.

Jarrell, M. P. (1991). Obese binge eaters: Psychological Characteristics and response to treatment. *International Journal of Obesity, 15,* (Suppl.3), 19 (abstract).

Jasper, J. (1992). The challenge of weight control: A personal view. In T. A. Wadden & T. B. Vanltallie (Eds.), *Treatment of the seriously obese patient* (pp. 411 - 434). New York: Guilford Press.

Keefe, P. H., Wyshogrod, D., & Weinberger, E., & Agras, W. S. (1984). Binge eating and outcome of behavioral treatment of obesity: A preliminary report. *Behaviour Research and Therapy, 22,* 319 - 321.

Kumanyika, S. (1987). Obesity in black women. *Epidemiologic Reviews, 9,* 31 - 50 .

LaPorte, D. J. (1992). Treatment response in obese binge eaters: Preliminary results using a very-low-calorie diet (VLCD) and behavior therapy. *Addictive Behaviors, 17,* 247 - 257.

Leon, G. R., & Roth, L. (1977). Obesity: Psychological Causes, Correlations, and speculations. *Psychological Bulletin. 84,* 117 - 139.

Lewis, V. J., Blair, A. J., & Booth, D. A. (1992). Outcome of group therapy for body-image emotionality and weight control self-efficacy. *Behavioural Psychotherapy, 20,* 155 - 165.

Lissner, L., Odell, P. M., D'Agostino, R. B., Stokes, J., Kreger, B. E., Belanger, A. J., & Brownell, K. D. (1991). Variability of body weight and health outcomes in the Framingham population. *New England Journal of Medicine, 324,* 1839 - 1844.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* New York: Guilford Press.

Manson, J. E., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Rosner, B., Monson, R. R., Speizer, F. E., & Hennekens, C. H. (1990). A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine, 322,* 882 - 889.

Marcus, M. D., Wing, R. R., & Hopkins, J. (1988). Obese binge eaters: Affect, cognitions, and response to behavioral weight control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 433 - 439.

Marcus, M. D., Wing, R. R., & Lamparski, D. M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behaviors, 10,* 163 - 168.

Millman, M. (1980). *Such a pretty face : Being fat in America.* New York: Norton.

O'Neil, P. M., Dansky, B. S., Kilparaick, D, G., & Brewerton, T. D. (1992). *Methods and results of dieting by U. S. women: Preliminary findings from*

the National Women's Study. Paper presented at the meeting of the North Mmerican Association for the Study of obesity, Atlanta, GA.

O'Neil, P. M., & Jarrell, M. P. (1992). Psychological aspects of obesity and dieting. In T. A. Wadden & T. B. Vanltallie (Eds.), *Treatment of the seriously obese patient* (pp. 252 - 270). New York: Guilford Press.

O'Neil, P. M., Jarrell, M. P., Hedden, C. E., Cochrane, C., Sexauer, J., & Brewerton, T. D. (1992). *Metabolic correlates of binge eating in obesity.* Paper presented at the meeting of the North American Association for the Study of obesity, Atlanta, GA.

Perri, M. G., Nezu, A. M., & Viegener, B. J. (1992). *Improving the long-retm management of obesity: Theory, research, and clinical guidelines.* New York: Wiley.

Pi-Sunyer, F. X. (1991). Health implications of obesity. *American Journal of Climical Nutriton, 53,* 1595S - 1603S.

Polivy, J., & Herman, C. P. (1983). *Breaking the diet habit: The natural weigh alternative.* New York: Basic Books.

Polivy, J., & Henman, C. P. (1985). Dieting and binging a causal analysis. *American Psychologist, 40,* 193 - 201.

Polivy, J., & Henman, C. P. (1992). Undieting: A program to help people stop dieting. *International Journal of Eating Disorders, 11,* 261 - 268.

Ravussin, E., Lillioja, S., Knowler, W. C., Christin, L., Freymond, D., Abbott, W. G. H., Boyce, V., Howard, B. V., & Bogardus, C. (1988). Reduced rate of energy expenditure as a risk factor for body-weight gain. *New England Journal of Medicine, 318,* 462 - 472.

Rodin, J. (1992). *Body traps.* New York: Morrow.

Roughan, P., Seddon, E., & Vernon-Roberts, J. (1990). Long-term effects of psychologically based group Program for women Preoccupied with body weight and eating behavior.*International Journal of Obesity, 14,* 135 - 147.

Sjostrom, L. (1992). Morbidity and mortality of severely obese subjects. *American Journal of Clinical Nutrition, 55(Suppl),* 508S - 515S.

Spiegel, T. A., Wadden, T. A., & Foster, G. D. (1991). Objective measurement of eating rate during behavioral treatment of obesity. *Behavior Therapy, 22,* 61 - 67.

Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R. R., Marcus, M., Stunkard, A., Waddin, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders, 11,* 191 - 203.

Stotland, S., & Zuroff, D. D. (1991). Relations between multiple measures of dieting self-efficacy and weight change in a behavioral weight change program. *Behavior Therapy, 22*, 47- 59.

Stuart, R. B. (1967). Behavioral control of overeating *Behaviour Research and Therapy, 5*, 357 - 365.

Stuart, R., & Jacobson, B. (1987). *Weight, sex, and marriage: A delicate balance.* New York: Norton.

Stunkard, A. J., Sorenson, T. I. A., Hanis, C., Teasdale, T. W., Chakraborty, R., Schull, W. J., & Schlusinger, F. (1986). An adoption study of human obesity. *New England Journal of Medicine, 314*, 193 - 198.

Stunkard, A. J., & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Climical Nutrition, 55* (Suppl.), 524S - 532S.

Telch, C. F., Agras, W. S., & Rossiter, E. M. R. (1988). Binge eating increases with increasing adiposity. *International Journal of Eating Disorders, 7*, 115 - 119.

Wadden, T. A. (1985). Treatment of obesity in adults: A clinical perspective. In P. A. Keller & L. G. Ritt (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book, IV* (pp. 127 - 152). sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Wadden, T. A. & Stunkard, A. J. (1985). Social and psychological consequences of obesity. *Annals of Internal Medicine, 103*, 1062 - 1067.

Vanltallie, T. B. (1985). Health implications of overweight and obesity in the United States. *Annals of Internal Medicine, 103*, 983 - 988.

Wilfley, D. E., Agras, W. S., Telch, C. F., Rossiter, E. M., Schneider, J. A., Cole, A. G., Sifford, L., & Raeburn, S. D. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic: A controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 296 - 305.

Wing, R. R. (1992). Weight cycling in humans: A review of the literature. *Annals of Behavioral Medicine, 14*, 113 - 119.

Wooley, S. C., & Garner, D. M. (1991). Obesity treatment: The high cost of false hope. *Journal of the American dietetic Association, 91*, 1248 - 1251.

Wooley, S. C., & Wooley, O. W. (1984). Should obesity be treated at all? In A. J. Stunkard & E. Stellar (Eds.), *Eating and its disorders* (pp. 185 - 192). New York: Raven Press.

Wooley, S. C., Wooley, O. W., & Dyrenforth, S. R. (1979). Theoretical, practical and social issues in behavioral treat-

ment of obesity. *Journal of Applied Behavior Analysis, 12,* 3 - 25.

Yanovski, S. Z., Leet, M., Yanovski, J. A., Flood, M., Gold, P. W., Kissileff, H. R., & Walsh, B. T. (1992). Food selection and intake of obese women with binge eating disorder. *American Journal of Clinical Nutrition, 55* , 975 - 980.

الفصل التاسع

علاج الاعتماد على المسكرات (الكحولية) نفسياً

علاج الاعتماد على المسكرات (الكحولية)نفسياً

باربارا س. ماكريدى
Barbara S . Mc Crady

جامعة رونجزر

ترجمـة

د. محمد نجيب الصبوة

قسم علم النفس جامعة القاهرة

ربما يكتشف المعالجون النفسيون الذين يقومون بعلاج الأفراد الكحوليين أو المتعاطين الذين يسيئون استخدام الأدوية التى تعطى بأمر الطبيب ، أن هذا الفصل يعد واحدا من أكثر المصادر المتاحة تميزا فى إرشادهم لاختيار أفضل الطرق العلاجية للمعتمدين على المسكرات ، إذ تبدأ المؤلفة بوصف كيف أن الاتجاهات الحديثة والمبادرات التشريعية قد تغيرت إلى الحد الذى يحافظ على أسرار المدمن الذى يبادر للحصول على علاج لمشكلات الاعتماد ، وشرب المسكرات . وبعد أن راجعت المؤلفة باختصار الأدلة التجْريبية المتاحة التى تشير إلى أن مدى صحة مختلف المداخل العلاجية التى تتدرج من طريقة علاج الكحوليين مجهولى الأسماء مرورا بعلاج المدمنين المقيمين بالمصحات علاجا قصيرا مكثفا ، عكفت على وصف العديد من العوامل التى ينبغى على كل معالج أن يأخذها فى حسابه عند اختياره العلاج المناسب وتنفيذه لحل مشكلات السكيرين الذين يلجأون إليه . وانطلاقا من العرض الذى يؤكد إنسانية أى زوجين عادت لهما السعادة ودبت فيهما الحياة ، تصور دراسة الحالة التى يعرضها هذا الفصل كل العواقب النفسية والمرضية المأساوية التى يسببها شرب المسكرات والاعتماد عليها .

وتصف المؤلفة – أثناء عرضها لهذه الحالة – بتفصيل شديد ما لم يستطع أن يجده المعالجون الكلينيكيون فى المصادر التى تعرض لإجراءات العلاج بشكل مبسط ، تصف اجتهادات المدافعين عن المعالج ذى الخبرة والمهاجمين له فى قدرته على تخطى كل عثرات الطريق والعقبات التى تواجهه حتما أثناء علاج الاعتماد على الكحوليات .

د . هـ . ب

مقدمة :

لقد تغير السياق الاجتماعى والمجتمعى الذى يقدم فيه العلاج الكلينيكى للكحولين بشكل مثير ، ونتج عن هذا التغيير حدوث تغيرات فى التركيبة الكلينيكية للجمهور الذى يطلب العلاج النفسى ، كما أنه سبب الحاجة لوجود معالجين يأخذون فى اعتبارهم عند الممارسة توظيف عدد من المفاهيم العلمية الجديدة . وتمثل ثمانينيات القرن العشرين نقطة الانطلاق لشن حرب على المخدرات ، مع إعلان صريح مفاده «لا حملات إعلانية» ولكن ملاحقة ومطاردة للقبض على متعاطى المخدرات أو مروجيها ، وزيادة فى أعداد المسجونين ، مع تحول فى الاتجاهات الاجتماعية إزاء مشكلة تعاطى المخدرات . كما شهد مسميات جديدة لأسماء بعض المواد المخدرة ، فمن الشائع أن نجد أنواعا جديدة من المخدرات أصبحت أكثر شيوعا ، مثل الكوكايين «الساحق(١) » ، والمخدرات «الشريرة» . كذلك يشهد المجتمع الأمريكى تغيرا تدريجيا فى الطبقات التى يتعاطى أبناؤها المخدرات، فقد أصبح تركيزها يتزايد بشكل مستمر بين الطبقات الاجتماعية الفقيرة اقتصاديا .

ولقد تغيرت الاتجاهات الاجتماعية أيضا إزاء تعاطى المسكرات . ومن أهم مظاهر هذا التغير ، العمر القانونى أو السن القانونى(٢) للتعاطى ، فقد كان سن التعاطى إبان فترة الحرب الفيتنامية ثمانية عشر عاما وعادت الآن للارتفاع لتصبح واحدا وعشرين عاما فى كل أنحاء الولايات المتحدة ، وتم ذلك استجابة لمعدلات الوفيات المتزايدة بين صغار الشباب الكحولين .

Barbara S. McCrady, Alcoholism. In : David H. Barlow (ed.), Clinical Handbook of Psychological Disorders : A step by step treatment manual, 1994. 362-395 .

(1)"Crack" Cocaine .

(2) Legal drinking age .

ولذا فقد تم سن بعض القوانين المضادة لسوق تجارة المخدرات استجابة لضغط الجماعات التى تدافع عن الشباب مثل الأمهات والمحامين ضد عصابات ترويج المخدرات ، لأن استمرار إجازة بيع هذه المخدرات لصغار الشباب ربما يقضى على مستقبلهم وكذلك على حياتهم عند أول خطأ يقعون فيه . ولقد أصبح المجتمع الأمريكى أشد اهتماما أيضا بفرض قوانين تجرم التعاطى وتشدد على تطبيقها ، ورأى بعض كبار الرموز والمشرعين والساسة فى هذا المجال ، أن مفهوم «الشرب المسئول[1]» لا يمكن تطبيقه على أى متعاطى تحت سن الواحدة والعشرين من عمره ، لأن الشرب والتعاطى قبل بلوغ السن القانونى للشرب يكون مجرما ، مع أنه لا يمكن أن يقع تحت طائلة القانون لأنه لازال حدثا غير مسئول . خلاصة الأمر أن بعض المهتمين بهذا الموضوع يتطلعون إلى مشاهدة «تحريم جديد وحظر تام» على شرب الكحولات فى الولايات المتحدة الأمريكية .

واستكمالاً لهذه الرؤى التوجيهية أو الارشادية والعقابية المتصلة بشرب الكحولات وتعاطى المخدرات ، فلابد من بذل جهود مضاعفة لمنع تعاطى الأدوية والعقاقير المخلقة . ومن أهم هذه الجهود ظهور أنواع من برامج مساعدة المتعاطين على التغلب على مشكلاتهم ، بالإضافة إلى ظهور عدد من برامج مساعدة الموظفين منهم ، وبرامج التدخل الجزئى لتعديل أنماط سلوكية متباينة لديهم ، وبرامج تربوية وتعليمية وتثقيفية وعلاجية . وتنطلق هذه البرامج من فرض مؤداه أن كثيرا من هؤلاء العاملين فى وظائف متباينة ، يقومون بأعمالهم بطريقة ضعيفة للغاية (سواء أكانوا موظفين ، أم قائدى سيارات ، أم لا يتقيدون فى تصرفاتهم بالقانون) ، وذلك بسبب تعاطيهم للمخدرات وشربهم للمسكرات .

كما تفترض هذه البرامج أن علاجهم يفضل على تعريضهم للعقاب ، لأنه يزيد من فرص عودتهم للإنتاج وأداء أعمالهم بكفاءة (فى وظائفهم ، أو خلف عجلات القيادة ، أو كمواطنين صالحين فى مجتمعهم) . وتنظر هذه البرامج المتباينة إلى هؤلاء المتعاطين الذين يعانون من مشكلات جاءت نتيجة للتعاطى أو للشرب ، تنظر إليهم باعتبارهم محتاجين لهذه البرامج العلاجية كبديل لأساليب العقاب ، وعادة ما يتم متابعتهم بعد علاجهم أثناء إنتاجهم وأدائهم لوظائفهم . ونتج عن ذلك التحاق عدد ضخم من المدمنين بهذه البرامج الرسمية .

---

(1) Concept of "responsible drinking"

إن إحدى النتائج التى ترتبت على التحولات المجتمعية مؤداها وجود تغير فى جمهور هذه البرامج العلاجية ، فعلى الرغم من استمرار أعداد ضخمة من هؤلاء المتعاطين فى البحث عن هذه البرامج العلاجية والالتحاق بها طواعية ، فإن شبكة البرامج المجتمعية العلاجية الخاصة بالكشف المبكر عن المشكلات المرتبطة بتعاطى المخدرات وشرب المسكرات قد أشارت إلى وجود فئات عيادية مختلطة يعانى أفرادها من مشكلات عديدة فى مراحل عمرية متعددة من حياتهم . وترى هذه الشبكة أنهم يمثلون عبئا على البرامج العلاجية ، ولا تنظر إلى تعاطيهم للمخدرات أو شربهم للمسكرات على أنه يمثل مشكلة عويصة . كما ترى أخيرا أن انخراطهم فى هذه البرامج العلاجية ، وخضوعهم للممارسة العيادية الفردية يمثل تحديات خاصة أمام الاختصاصى النفسى العيادى .

وعلى عكس هذه المجموعة التى تقاوم الاعتماد على المخدرات وتحاول التخلص من تبعاته ، ظهر اتجاه آخر فى الثمانينيات ، ذاع صيته بسرعة فائقة ، تحت مسمى «حركة المساعدة الذاتية المتخفية[١] ، أو المجهولة» ، وهى حركة قامت على أنقاضْ طريقة علاجية للمدمنين كانت شديدة الذيوع والانتشار ، تسمى طريقة «الكحوليين المجهولين » أو «الكحوليين مجهولى الأسماء[٢] ، وجماعات أخرى شبيهة إلى حد كبير بالجماعة السابقة من حيث التنظيم ، أهمها: جماعات تعاطى المخدرات مجهولى الأسماء ، وجماعة تعاطى الكوكايين ، وجماعات التدخين الشديد ، قد ظهرت بعد ذلك كلها ، وأصبحت شديدة الذيوع والانتشار ، بحيث يتم علاجهم جميعا من دون أن يتعرف عليهم أحد . كما شهدت الثمانينيات أيضا ظهور الاهتمام الشديد بعلاج الأفراد المدمنين الذين نشأوا فى أسر مدمنة للخمر أو معتمدة عليه ، وتمخض عن هذا الاهتمام ظهور حركة أطلق عليها اسم «حركة الكحوليين من الأطفال البالغين[٣]» . ولقد انطلقت كل هذه البرامج العلاجية من عباءة التصورات الطبية حول الإدمان أو الاعتماد على المخدرات وشرب المسكرات باعتباره مرضا ، واتسعت شبكاتها اتساعا سرطانيا وفى كل الجهات . ونتج عن ذلك كله ، حركة «شفاء» ضخمة ومتعددة المظاهر

(1) Enormous self-help movement .

(2) Alcoholics Anonymous (AA) .

(3) Adult children of alcoholics movement .

(وفقا لما أشار إليه روم Room, 1993 ، ومحاولة أعداد ضخمة من المدمنين البحث عن علاج مشكلاتهم التى لها صلة بتعاطيهم للعقاقير النفسية بشكل أو بآخر.

ولقد تكاثرت برامج مساعدة الموظفين للتخلص من آثار الاعتماد على المخدرات ، شأنها فى ذلك شأن انتشار برامج التدخل المسبق والبرامج التربوية وبرامج السائقين من الاعتماد طويل المدى . وقامت هذه البرامج بناءً على اعتقاد مفاده أن غالبية العاملين الذين يؤدون أعمالهم ومهام وظائفهم بشكل سئ (سواء أكانوا موظفين أم سائقين أم ممْن يخضعون لقوانين عمال محددة) ، يتسمون بهذا الأداء والإنجاز السئ لأنهم إما متعاطوا كحوليات أو متعاطو مخدرات .

ويسود اعتقاد عملى الآن بأن علاجهم - وليس تعريضهم للعقاب - ربما يرفع معدلات الفرص أمامهم للعودة إلى الإنتاجية الفعالة والتخلص من الأداء السلبى الضعيف (سواء أكانوا موظفين أم سائقين أم أعضاء فى المجتمع) . وتقوم هذه البرامج بتحديد الأفراد الذين نشأت مشكلاتهم نتيجة لشرب الكحولات أو لتعاطى المخدرات ، وتقدم لهم عديدا من العلاجات كبديل عن عقابهم ويراقبون أداءهم الوظيفى بعد التدخل العلاجي وأثناءه . إن عددا كبيراً من المدمنين الآن يخضعون لهذا العلاج عبْر برامج علاجية رسمية محددة .

إن إحدى النتائج التى ترتبت على هذه التحولات المجتمعية تكمن فى التغير الذى طرأ على جمهور العلاج النفسى غير الطبى ، فعلى الرغم من استمرار عدد كبير من الجمهور فى البحث عن العلاج طواعية وعلى الرغم من أن شبكة البرامج المجتمعية التى أعدت للكشف المبكر عن المشكلات المرتبطة بتعاطى المخدرات وشرب المسكرات ، والتى نتج عنها ظهور أنماط مختلطة من الجماهير التى تحتاج خدمات نفسية عيادية متخصصة لأنهم يعانون من مشكلات عديدة تتصل بجوانب عديدة من حياتهم ، على الرغم من كل ما سبق ، فإن بعضهم تأخذه العزة بالإثم لمجرد خضوعه لبعض البرامج العلاجية ، ولا يحاول أن يدرك أن تعاطيه للمخدرات أو شربه للمسكرات يمثل مشكلة له . ويمثل حضورهم البرامج العلاجية والممارسة العيادية الفردية مجموعة من التحديات التى تواجه الاختصاصى النفسى العيادى .

وعلى النقيض مما يفعله هؤلاء العملاء المعارضين لبرامجهم العلاجية ، فإن اتجاها علاجيا ثانيا بدأ ينمو ويزدهر فى الثمانينيات من القرن العشرين داخل حركة المساعدة الذاتية المتخفية ، وكما ذاع صيت حركة «الكحوليين المجهولين» وشقيقتها المعروفة باسم منظمة «الآنون(١)» فإنه قد ذاع صيت جماعات أخرى للمساعدة الذاتية من قبيل «متعاطى المخدرات المخلقة المجهولين(٢)» ، ومتعاطى الكوكايين المجهولين» ، و «مدخنى التبغ المقطرن المجهولين» . ولقد شهدنا أيضا فى الثمانينيات انتشار اتجاه جديد واهتمام بالأشخاص الذين ينشأون داخل أسر كحولية ، حيث نشأ عنه حركة الكحوليين من الأطفال الشباب ، ولقد نما فى أحضان كل هذه البرامج نماذج وتصورات نظرية لتفسير الاضطرابات والأمراض المرتبطة بالإدمان ، وتغلغلت شراكها وحبائلها فى كل الدوائر العلمية والمهنية ، مما نتج عنه حركة ضخمة ومتباينة من «الشفاء» (Room, 1993) ، وجمهور عريض يبحث عن علاج لمشكلاته التى ترتبط بتعاطى المخدرات وبعض الأدوية الطبية النفسية المؤثرة فى الأعصاب بطريقة أو بأخرى .

ويشترط فى التسعينيات لنجاح عمل الاختصاصى النفسى الكلينيكى وقيامه بالعلاج داخل هذا السياق المعقد والمتناقض ، أن يكون لديه أدوات للتعامل مع عملاء المتطوعين وغير المتطوعين ، ومع هؤلاء الذين قبلوا فكرة التخلص من الاعتماد على المخدرات بحماسة ، وهؤلاء الذين عارضوها . ومما يزيد من تعقيد عملية اتخاذ القرار الكلينيكى نظم التأمين الصحى النفسى وسياسات دفع التعويضات التى تبدو وكأنها تتغير كل عشية وضحاها .

وبتقديم هذه الصورة ، عن المدمن الكحولى وسمعته السيئة التى تعكس مدى صعوبة علاجه والإحباط الذى سينجم عن هذه المحاولات ، ربما يتساءل المعالج النفسى ، ولماذا الانزعاج والقلق بعد ذلك ؟ إن إجابة هذا السؤال ستتباين دوافع كل معالج على حدة عند قيامه بتقديم العلاج لهؤلاء المتعاطين .

على أية حال ، يفترض هذا الفصل أن المعالج النفسى الذى يمتلك مجموعة من الأدوات المفيدة والفعالة من أجل العمل مع أفراد يعانون من مشكلات شرب المسكرات ، وأن المعالجين النفسيين الذين لديهم بعض الأمل فى

(1) Al-Anon .

(2) Narcotics anonymous .

النجاح مع هذا الجمهور ، سيجد أسبابا قوية وإيجابية للاستمرار فى ممارسة العلاج النفسى . إن الأشخاص الذين يعانون من المشكلات المرتبطة بشرب المسكرات أشخاص يمكن علاجهم ، وهم يقبلون على العلاج ، ويكافأون لنجاحهم فيه ، وإن المعالج النفسى الذى لديه فرصة نادرة لمساعدة هذا الشخص ، يكون قد قام بإحداث تغيرات أساسية ومهمة فى حياته بالفعل .

يبدأ هذا الفصل بمناقشة التشخيص وعرض مشكلات تعريفات تعاطى الكحول ، وتزويدنا بأطر وتصورات نظرية لتفسير مشكلات شرب المسكرات والتخطيط لعلاجها . وسيلى العرض النظرى مراجعة تفصيلية لأنماط البدائل والأساليب العلاجية النفسية المتاحة للمعالج النفسى . وسيعرض الجزء الباقى من الفصل لحالة «كارل» و «ماريا» لكى يصور من خلالهما إمكانية تطبيق الأساليب العلاجية الكلينيكية .

تشخيص المشكلات الكحولية وتعريفاتها :

التشخيص :

تنطلق المداخل المعاصرة لتشخيص المشكلات الكحولية[١] من بنية افتراضية[٢] تسمى زملة الاعتماد الكحولية[٣] (ADS; Edwards & Gross, 1976) . وهى عبارة عن مجموعة من الأنماط والنماذج والمشكلات السلوكية الناتجة عن شرب المسكرات ، والتى نتصور أن وجودها معا بشكل تآزرى يشكل فيما بينها هذه الزملة . إن تشخيص المشكلات الكحولية وفقا لما ورد فى الطبعة الثالثة للدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض النفسية (DSM-III-R) ، الصادر عن رابطة الطب النفسى الأمريكية (APA) ، عام ١٩٨٧ ، يعتمد على تعريف زملة الاعتماد الكحولية . وهى تتضمن تشخيصين أساسيين كلاهما كحولى ، هما الاعتماد الكحولى[٤] ، وسوء الشرب الكحولى[٥] (ويتم التفرقة بينهما أساساً اعتمادا على نمط المشكلات المتصلة بشرب المسكرات ، ما إذا كانت مشكلات عضوية أم نفسية اجتماعية أم كلتاهما معا) .

(1) Alcohol problems .
(2) Hypothetical construct .
(3) Alcohol dependence syndrome .
(4) Alcohol dependence .
(5) Alcohol abuse .

ولكى نشخص فرد ما على أنه مدمن أو معتمد(**) على الكحوليات ، لابد أن تنطبق عليه ثلاثة من المعايير التشخيصية التسعة المتصلة بكل من : فقد الضبط والسيطرة على السلوك والتصرف ، والتحمل الجسمى وأعراض الانسحاب، والتأثير السلبى لشرب الكحوليات على أدائه المهنى ، واستخدام أو شرب الكحوليات بطرق فوضوية تعرض الشارب أو غيره للمخاطر الجسمية . ويمكن تصنيف الاعتماد الكحولى على أنه بسيط ومعتدل وشديد ، كما يمكن تصنيفه على أنه جزئى(١) أو كلى(٢) . ويتم تشخيص سوء الشرب الكحولى اعتمادا على وجود مشكلة قد تسبب للشارب نوعا من الضرر المادى أو الجسمى ، أو ضررا لأدائه لعمله ؛ حيث يشير هذا التشخيص إلى الشرب المتكرر بطريقة قد تسبب احتمالات الأذى والضرر (كالشرب أثناء قيادة المركبات) ، أو الاستمرار فى الشرب على الرغم من معرفته بعواقبه الوخيمة عليه . ولقد أشارت الطبعة الرابعة للدليل التشخيصى والاحصائى الرابع للأمراض النفسية الصادر عن رابطة الطب النفسى الأمريكية ، عام ١٩٩٤ ، إلى الفروق التشخيصية ذاتها بين الفئتين السابقتين من شرب المسكرات والمشكلات المرتبطة بكل منهما على حدة . وربما تنصب على بعض المحكات التشخيصية الإضافية للاعتماد الكحولى على المشكلات القانونية أو البينشخصية المتكررة والشرب المستمر على الرغم من علم الشارب ومعرفته بالمشكلات التى يسببها ومعرفته بخطورتها عليه وعلى غيره .

ولسوف يتضمن التشخيص كذلك بوجود أو غياب الاعتماد الكحولى الفيزيولوجى(٣) . وربما نعمل فى المستقبل القريب على زيادة المؤشر التشخيصى المتصل بحدة المشكلة وشدتها ، نعمل على زيادته وضوحا وتحديدا (اعتمادا على عدد الأعراض المرتبطة بكل درجة من درجات حدة المشكلة) ، كما نعمل على زيادة تحديد مؤشر أو محك الشفاء بتقسيمه إلى «شفاء مؤقت» و «شفاء مستمر» من أعراض الاعتماد على المسكرات . ويمكن أن نعدل تشخيص «سوء شرب الكحوليات» لنلفت النظر بشدة إلى الأعراض المتصلة بالعجز عن الوفاء بمتطلبات

(**) سنستخدم فى هذا الفصل كلمة المدمن أو المعتمد على أنهما مرادفان على الرغم مما بينهما من فروق فى الدلالات التشخيصية تيْسيراً على القارئ ، نظرا لقلة شيوع مفهوم«الاعتماد» و «شخص معتمد على المخدرات» .

(1) Inpartial dependence .

(2) Full remission dependence .

(3) Physiological dependence .

الدور المهنى والاجتماعى ، والمتصلة بالمشكلات القانونية والبينشخصية والمتصلة بالتعب وانهيار أدائه لنشاطاته المهمة ، وهى كلها أعراض ناجمة عن شرب المسكرات ، والشرب المتكرر فى مواقف قد تسبب أذى ومخاطر بدنية للشارب أو لغيره أو للممتلكات .

تعريفات بديلة :

وعلى النقيض من وجهة نظر التشخيص الطبى النفسى الرسمى لسوء الشرب الكحولى والاعتماد ، يفترض الباحثون السلوكيون والعياديون (الكلينيكيون) أن المشكلات الكحولية تمثل نقطة على متصل شرب الكحوليات الذى يبدأ أحد طرفيه من عدم وجود مشكلات مرتبطة بالشرب إلى وجود أنماط ودرجات متباينة من المشكلات المتصلة بالشرب على الطرف الآخر . وربما تأخذ المشكلات – وفقا لهذا المنظور – أشكالا متعددة ؛ بحيث يتمشى بعضها مع التشخيص الطبى النفسى الرسمى ، ويتمشى بعضها الآخر مع تقسيم المشكلات إلى بسيطة ومعتدلة وحادة ، أو إلى مؤقتة أو متقطعة ومستمرة . أما وفقا للمنظور السلوكى ، فينصب انتباه المعالج السلوكى بشكل أشد وضوحا على نمط الشرب ، وعلى العواقب والنتائج الوخيمة التى تراكمت لدى المدمن ، بحيث يريد التخلص منها نظرا لمعاناته الشديدة منها ، كما ينصب اهتمامه على الانحرافات والتجاوزات السلوكية والاضطرابات التى تكلف المدمن تكاليف كبيرة عبر مراحل عمره المختلفة ، مما يؤثر سلبيا وبشدة على أدائه لعمله ولحياته الاجتماعية ، ومما يؤثر على قواه ومصادره الشخصية الخاصة . وعلى أية حال ، إن اهتمام المعالج النفسى ينصب على مدى خصوصية ونوعية مشكلات مدمن المسكرات ، وهو على النقيض مما يؤكده أصحاب التشخيص الطبى النفسى الذين يضعون فئات تشخيصية يندرج تحتها مجموعات متشابهة من المعتمدين على الكحولات . ولذلك فإنه على الرغم من أن التشخيص الرسمى قد يكون مفيدا فى تحديد شدة مشكلات العميل ، وهو أمر ضرورى جدا للتشخيص الفئوى ، فإن منحى التقدير النفسى العيادى (الكلينيكى) الذى نؤكد عليه فى هذا الفصل – لا يعتمد بالدرجة الأولى على المحكات التشخيصية البحتة ، ولكنه يهتم فى المقام الأول بالقدرة على تحديد المشكلات المرتبطة بإدمان شرب المسكرات وحدة هذه المشكلات .

وينظر هذا الفصل لمشكلات شرب الكحولات على أنها مجموعة من المشكلات المتباينة والمتعددة المصادر فى الوقت نفسه ، كما ينظر إلى الاستهلاك

الكحولى على أنه إحدى الخصال الشائعة بين المعتمدين على المسكرات . وتتباين هذه المشكلات من حيث شدتها ، حيث تبدأ من مشكلات الاعتماد الحاد على الكحولات إلى مشكلات الاعتماد البسيطة إلى مشكلات محددة بعينها .

إن شرب المسكرات فى ذاته يعد – من وجهة نظر بعضنا – مشكلة أساسية مجرمة بذاتها ، فى حين يراها بعضنا الآخر أنها ليست مشكلة ، وإنما تكمن المشكلة فى العواقب الوخيمة المترتبة على الشرب من قبيل تفكك العلاقات الاجتماعية ، والمشكلات المهنية كمشكلات كفاءة أداء المدمن لعمله ، ومشكلات الصحة النفسية والجسمية ، الأمر الذى يجعل الشارب المدمن يبحث عن العلاج بجدية . وعند التعامل مع المشكلات الكحولية على أنها متعددة المصادر ، فيجب كذلك عند تفسير نشأتها ، النظر إليها على أنها متعددة المصادر ، لأن هناك المصادر الوراثية، والمصادر النفسية ، والمحددات البيئية ، والتى تسهم جميعها بأوزان متباينة فى تكوين ظاهرة شرب المسكرات وصياغتها بشكل محدد يبرز الفروق بين المعتمدين عليها .

المشكلات المعقدة :

تزداد درجة تعقيد مشكلات الشرب وصعوبتها بقدر تعدد المشكلات المصاحبة لها وتباينها . ومن أوضح الأدلة على تعقد مشكلات الشرب ، تلك النسبة المشتركة من انتشار أمراض شرب الكحولات ضمن اضطرابات وأمراض طبية نفسية أخرى والعكس .

فقد كشفت بحوث عديدة عن أن نسبة مرتفعة من هؤلاء الذين يمكن أن يشخصوا على أنهم من الذين أساءوا الشرب أو من الذين اعتمدوا على المسكرات ، يمكن أن يعانوا كذلك من مشكلات واضطرابات نفسية أخرى ، مما يجعلنا ننظر إلى هذه المشكلات النفسية بشكل متكرر على أنها عوامل ومتغيرات سابقة الاعتماد، أو عوامل لاحقة جاءت كمشكلات نتجت عن الاعتماد على المسكرات (أنظر مثلا : Hasin, Grant, & Endicatt, 1988; Hesselbrock, Meyer, & Keener, 1985; Ross, Glasser, & Germans on, 1988) وإن من أكثر اضطرابات المحور الأول فى التشخيص الطبى النفسى شيوعا فى هذا المجال ، الاضطرابات النفسية الناجمة عن تعاطى المواد النفسية أو الأدوية النفسية المنشطة، والاكتئاب ، واضطرابات القلق ، وهى تحدث بنسبة ٦٠ ٪ ستين بالمائة

بين الذكور الذين يأتون طلبا للعلاج من الاعتماد على الكحوليات . كما أن من أكثر الاضطرابات النفسية المرتبطة باضطرابات المحور الثانى للتشخيص شيوعا؛ والتى تشترك مع المعاناة من الاضطرابات النفسية الكحولية وتشيع بين الذكور ، هو اضطرابات الشخصية المدمرة لممتلكات المجتمع وقيمه(١) ، لأنه قد تبين أنه من بين كل الكحوليين نسبة تتراوح بين ٢٠ ٪ عشرين بالمائة إلى ٥٠ ٪ خمسين بالمائة من الذكور يعانون من اضطرابات الشخصية المدمرة لقيم المجتمع وممتلكاته ، بينما يكون الإناث أكثر معاناة من الاضطرابات الاكتئابية بالمقارنة بكل الاضطرابات النفسية المرتبطة بالمحور التشخيصى الثانى.

وتزداد المشكلات الكحولية تعقيدا كذلك بسبب ارتباطها بمشكلات أخرى تتصل بالنسق المعرفى للفرد ، وصحته الجسمية ، وعلاقاته الشخصية المتبادلة ، ونظم قوانين الجرائم ، ووضعه المهنى ، والسياق البيئى الذى يعيش فيه . إن كثيرا من الكحوليين يعانون من اضطرابات معرفية خبيئة ، وبصفة خاصة وظائف معرفية محددة من قبيل الاستدلال التجريدى ، والتذكر ، والقدرة على حل المشكلات (ولمراجعة هذا الإنتاج الفكرى ، أنظر: Parson, Butters, &: Nathan, 1987) . ولأن القدرات اللغوية لدى مدمنى المسكرات لا تتأثر كثيرا ولا يصيبها الاضطراب لديهم ، فإن المعالجين النفسيين لا يتوقفون كثيرا أمام المشكلات ذات الطبيعة المعرفية المتصلة بالاعتماد على المسكرات . ويسبب الشرب المكثف أيضا تنوعا من المشكلات الطبية ، بحيث يؤثر بشدة سلبيا على أداء كثير من أعضاء الجسم العضوية وأجهزته ، وإن أكثر الأجهزة معاناة من شرب المسكرات المكثف ، عضلات القلب . والكبد ، والأمعاء والمعدة ، والإصابة بكافة أنواع القرح ، والغدة البنكرياسية ، والممرات العصبية الطرفية . وحتى عندما لا توجد مثل هذه الأمراض الطبية بوضوح ، فإن الشرب المكثف ينجم عنه أمراض طبية متخفية تتمكن من الجسم تدريجيا قبل أن تكتشف وتعمل على إصابته بالهزال والضعف الشديد . كما أنه معروف علميا أن كثيرا من أهل الشرب المكثف لا يقبلون على تناول الطعام مما يجعلهم يعانون من سوء التغذية

(1) Antisocial personality disorder (ASP) .

وأمراضه، وتصبح طاقتهم ومجهودهم ضعيفا أو يصبحون مشوشى الذهن ، ويعانون من الوهن والتنغيص الجسدى المنتشر أو الكرب .

وربما تضطرب العلاقات الشخصية المتبادلة بين الشخص الكحولى وأقرانه الآخرين . وترتفع لدى الكحوليين نسبة الانفصال والطلاق بمعدل يزيد سبعة أضعاف عن نظيرتها فى الجمهور العادى (Paolino, McCrady, & Diamond, 1978) ، كما يشيع العنف الزواجى لدى الأزواج الكحوليين أضعاف أضعاف ما يشيع لدى العاديين ، وتنتشر بينهم المشكلات الزوجية والانفعالية والسلوكية بشكل جوهرى ، كما تنتشر لدى أطفالهم بالمقارنة بالأطفال العاديين (Moos & Billings, 1982 Moos, Finney & Gamble, 1982) .

وربما يأتى بعض هؤلاء المعتمدين على المسكرات طلبا للعلاج النفسى وهم متورطون قانونيا وجنائيا بسبب تهم تتصل بالقيادة وهم مخمورون[١]، وآخرون تتصل اتهاماتهم بالتهجهم على الآخرين ؛ كالاغتصاب ، أو لا يستطيعون تربية أطفالهم ويكونون خطرا عليهم ، وربما يحضرون طلبا للعلاج من الاتهامات المتصلة بتعاطيهم للأدوية الطبية النفسية بدون أمر الطبيب وإذنه . وربما يتباين مدمنى المسكرات جوهريا فى درجة إدراكهم للمشكلات المتصلة بالشرب وفى درجة دافعيتهم لتغيير أنماط الشرب وطرفه .

خلاصة القول ، أن العميل قد يأتى طلبا للعلاج وهو لازال يشرب المسكرات بطريقة قد تخلق لديه الاهتمام بحيث يصبح البحث عن الشرب بهذه الطريقة هو محور حياته ، ولذا يمكن تشخيص بعضهم على أنه معتمد على المسكرات أو على أنه أساء شربها ، وربما يواجه أيضا عند تشخيصه بمحكات واحد أو أكثر من الاضطرابات النفسية المرتبطة بالمحور التشخيصى الأول أو الثانى . كما أنه قد يظهر معاناته من بعض المشكلات الشخصية والاجتماعية الأخرى ، كالاضطرابات المعرفية ، ومشكلات الصحة البدنية ، والمشكلات البينشخصية أو المهنية أو المشكلات القانونية . وكذلك تتباين قدراتهم على إدراك مشكلاتهم ودافعيتهم وسعيهم لتغييرها جوهريا .

---

(1) Driving while intoxicated (DWI) .

والسؤال الآن ، إلى أى مدى يستطيع المعالج النفسى تطوير منحى عقلانيا لتصور وعلاج هذه الصورة العيادية (الكلينيكية) المعقدة ؟

التصور النظـــرى :

ينطلق تصورى النظرى للتخطيط لعلاج المعتـمدين (المدمنين) على الكحولات والمسكرات من ثلاثة أبعاد أساسية هى :

(١) مدى شدة المشكلات ، (٢) والدافعية ، (٣) وتحليل العوامل التى جعلت المدمن لازال محتفظا بنمط الشرب حتى الآن . ولابد أن نأخذ فى حسابنا دور كل بعد من هذه الأبعاد الثلاثة عند وضع خطة للعلاج النفسى .

وفيما يلى عرض لدور كل بعد بالتفصيل

١ - شدة المشكلة :

لقد عرضنا فى الفقرة السابقة على عرضنا لفقرة التشخيص والتعريفات لمدى وشدة المشكلات بالتفصيل . ولا ننظر إلى هذا البعد على أنه بعدا نظريا إلى حد ما لأن طبيعته غير تنظيرية ، ومع ذلك فإن أشد الأبعاد الثلاثة أهمية فى عملية اتخاذ القرار الذى يدور حول أى أنماط العلاج النفسى والطبى وأساليبه هى التى يجب الخضوع لها ، وأماكن تلقى العلاج المبدئى[١] . وتفترض بعض النتائج البحثية أن المرضى الذين يعانون من بعض خصال الشخصية المدمرة لممتلكات المجتمع وقيمه الاجتماعية ، وهؤلاء الذين يعانون من مختلف المستويات فى شدة المشكلات الطبية النفسية ، سيتباينون فى مدى استجاباتهم لمختلف أنواع المناحى العلاجية (Kadden, Cooney, Geter, & Litt, 1989) . ومن ثم فلابد أن نأخذ ما تشير إليه هذه النتائج فى حسابنا عند اختيار الأساليب العلاجية الملائمة .

٢ - الدافعية :

يتباين هؤلاء المدمنون فى درجة إدراكهم بأن الشرب يعد مشكلة معقدة ينتج عنها مشكلات شخصية أشد فتكا وتعقيدا ، كما يتباينون فى مدى استعدادهم الشخصى للتغير . ولقد افترض «بروشاسكا "Prochaska" و «دايكلمنت "Diclement" (١٩٨٢) وجود متصل لمراحل الاستعداد للتغير . ويقع على أحد

(1) Initial treatment setting .

طرفى هذا المتصل ، مرحلة أفعال ما قبل التفكير والتأمل[١] ، وهى المرحلة التى يدرك فيها العميل سلوكه على أنه سلوك مشكل ، مرورا فى وسطه بمرحلة التأمل[٢] والتفكير فى أحواله وتصرفاته ، حيث يبدأ العميل فى إدراك أن سلوكه من النمط الذى يسبب له كثير من المشكلات ، وصولا إلى الطرف الآخر الذى يقع عليه مرحلة النشاط وأخذ المبادرة[٣] ، حيث يستجمع العميل إراداته ، ويستعد لتغيير هذه الأنماط السلوكية التى تسبب له المشكلات ، ويلى ذلك مرحلة مواصلة العلاج[٤] إذا ما نجحت الخطط العلاجية فى تغيير سلوكه أو مرحلة الانتكاس[٥] ، إذا ما فشل العلاج وعاد العميل لممارسة سلوكه المشكل . ويفترض «ميللر "Miller (1985) وجود عوامل عديدة تؤدى دورها فى تشكيل استعداد العميل للتغيير ، وإدراكه لمدى الفرص المتاحة للتغيير وقيامه بذلك . وربما تؤدى مرحلة التغير الظاهر[٦] أو البادى لدى العملاء وإدراكهم الذاتى لمشكلاتهم ، تؤدى إلى إرشاد المعالج لاختياره المنحى الملائم والخطة العلاجية الملائمة كخطة مبدئية . ولقد تم بالفعل تطوير بعض أساليب علاجية ملائمة ابتغاء زيادة دفع معدلات الدافعية لدى المدمنين لدفعهم للتغيير ، كما تم تقييمها ومدى فعاليتها فى ذلك (ولمزيد من المعرفة بهذا الإنتاج الفكرى ، راجع الملخص الذى وضعه ,Miller & Rollnick) 1991 .

عوامل المحافظة والإبقاء على نمط الشرب الراهن :

ويركز البعد الثالث فى هذا التصور على عوامل الاحتفاظ بنمط الشرب المشكل ، إذْ يفترض نموذج العلاج أن متغير الشرب يمكن تناوله بنجاح كبير عن طريق فحص العوامل التى تدفع العميل للإحتفاظ بنمط معين للشرب ، بالإضافة إلى معرفة العوامل التاريخية السابقة على الشرب ، لأن عوامل الإبقاء على نمط الشرب ربما تكون عوامل فردية أو عوامل تتصل بالظروف والمحيط البيئى أو تتصل بالعلاقات الشخصية المتبادلة . ويفترض النموذج وجود مقدمات أو

---

(1) Stage of precontemplation .

(2) Stage of contemplation .

(3) Action stage .

(4) Maintenance stage .

(5) Relapse stage .

(6) Apparent stage of change .

متغيرات خارجية سابقة على الشرب ولها علاقات مشروعة وقانونية لا تمنع الشرب ، تكرر خلالها اقتران الدعم الموجب أو السالب أو توقع الدعم . كما يفترض النموذج أن المعارف والإدراكات والحالات الانفعالية تتوسط العلاقة بين المتغيرات التى تمثل المقدمات الخارجية السابقة على الشرب وسلوك الشرب الفعلى ، ويفترض أن التوقعات حول القيمة الدعمية والتعزيزية للكحول تؤدى دورا مهما فى تحديد سلوك الشرب اللاحق . ويفترض أخيرا أن شرب المسكرات يستمر بسبب توقع نتائج وعواقب لاحقة مرضية ، وأن هذه النتائج اللاحقة ربما تكون أصولها فيزيولوجية ، وسيكولوجية أو بينشخصية .

ويستخدم هذا النموذج المعروف اختصارا باسم (SORC) ليربط بين كل الافتراضات النظرية السابقة ليشكل تصورا نظريا يفسر عملية الشرب الذى ينتهى بنا للاعتماد على المسكرات . فالمنبهات[1] (S) البيئية التى تحدث سابقة على الشرب تثير أرجاعا وردود أفعال معرفية ، ووجدانية وفيزيولوجية عضوية[2] (O) ويلى ذلك استجابة الشرب[3] (R) التى يدرك المدمن أنها ستعزز وتستمر بسبب العواقب والنتائج اللاحقة[4] (C) الإيجابية المترتبة على الشرب .

وهناك مجموعة من العوامل الفردية ، والأسرية ، والبينشخصية التى لها ارتباط وثيق بالشرب . فعلى المستوى الفردى ربما ترتبط المتغيرات البيئية السابقة على الشرب بمواقف الشرب النوعية ، وبأوقات محددة من اليوم أو بأى علامة مميزة لرائحة الكحول . وربما تتضمن المتغيرات العضوية الشوق والتوق الشديد لشرب الكحولات ، والأعراض الانسحابية ، وآثارها السلبية من قبيل الغضب ، والقلق أو الاكتئاب ، والتقييمات السلبية الذاتية أو المعتقدات اللاعقلانية ، والتوقعات الإيجابية حول آثار الكحول فى المواقف الخاصة . وربما تتضمن المدعمات الفردية تناقص الشوق للشرب أو الأعراض الانسحابية وتناقصا فى الوجدان السلبى أو زيادة فى العواطف الإيجابية . وتناقصا فى التقييمات الذاتية السلبية أو تكون لديه القدرة على نسيان المشكلات .

---

(1) Stimuli .

(2) Organismic reactions .

(3) Driniking response .

(4) Positive consequences .

وعلى المستوى الأسرى ، تحدث مجموعة متباينة من المتغيرات السابقة على وقوع الشرب إذ ربما يكون شرب الكحول جزء معتادا من المناسبات والاحتفالات الأسرية أو طقوسها اليومية . وربما يحاول أعضاء الأسرة التأثير اجتماعيا فى سلوك الشارب بتنبيهه المستمر للتوقف عن الشرب أو محاولتهم السيطرة على الشرب من خلال سيطرتهم بمنع إعطائه مزيدا من النقود والأموال أو التقليل منها أو عدم توفير السوائل الكحولية . ومع ذلك ربما تصبح كل هذه المقدمات السابقة على الشرب حاثة على مزيد من البحث عن فرص الشرب . وربما يطور الشخص الذى يشرب المسكرات بكثافة أو يتوق لها توقا شديدا ، أنماطا من التخاطب والتواصل الضعيف وغير الفعال ، وضعفا فى مهارات حل المشكلات، وفى المهارات الزواجية والجنسية والمالية ، بالإضافة إلى معاناته فى تربية الأطفال وفى رعايتهم وتنشئتهم مما تجعله يقع فى مزيد من الشرب . وربما يصدر عن الشارب تنوعا من الأرجاع والاستجابات ردا على المتغيرات الأسرية السابقة على شربه والتى قامت بها الأسرة وقاية له ، أهمها شعوره بالتبلد الوجدانى إزاء الأسرة ، ومروره بخبرة الوجدان السلبى تجاههم ، وانخفاض كفاءته الذاتية للتعايش مع المشكلات ومواجهتها أو الأفكار الثأرية الانتقامية(١) .

كما أن عواقب الشرب الإيجابية ربما تأتيه أيضا من الأسرة ، لأنها قد تحميه من العواقب السلبية الوخيمة عن طريق العناية به ورعايته طبيا ونفسيا إذا تسمم أو دعت حالته لذلك ، أو يوجهونه لتحمل تبعاته ومسئولياته بنفسه . إن عددا من الباحثين المعالجين قد لاحظوا تغيرات إيجابية فى التفاعلات الزواجية المرتبطة بالشرب ، مفترضين أنه ربما يدعم بواسطة العواقب أو العلاقات الزواجية الإيجابية (Frankestein, Hay, & Nathan, 1985) .

وربما تحدث مجموعة أخرى من المتغيرات البينشخصية كمقدمات للشرب، وكممهدات لمزيد من الانغماس فيه ، تدور كلها حول الضغوط الاجتماعية(٢) المرتبطة به ، ومواقف العمل المهنى المتصلة به ، والصداقات التى يؤدى الشرب الدور الأساسى فى تقويتها ودعمها واستمرارها ، أو الصراعات الشخصية مع زملاء العمل أو أصدقائه أو معارفه . وربما يستجيب الشارب لكل هذه الضغوط –

(1) Retaliatory thoughts .

(2) Social pressures .

على الرغم من كونها تمثل نوعا من الضغوط الاجتماعية التى يمارسها عليه الآخرون – بنوع من التوق والشوق والحنين الشديد ، مع وضعه توقعات إيجابية مسبقة ، لمجرد أنها جميعا ستيسر له عملية شرب الكحولات ، وستقلل – من وجهة نظره – من التنغيص الاجتماعى ، أو من التقييمات السلبية الذاتية التى يوجهها لذاته . كذلك قد تتمثل استجابته في شعوره بالتنغيص الاجتماعى ، أو طرحه مجموعة من التقييمات الذاتية السلبية التى تحميه من الشرب . أما المترتبات والنتائج الإيجابية البينشخصية المرتبطة بالشرب أو التالية له ، فتتضمن ضعف الحنين والشوق له أو شعور الشارب بالقلق الاجتماعى أو بزيادة الرضا الاجتماعى أو بزيادة ثقته بنفسه . ولقد صنف «مارلات Marlatt" سوابق الشرب على أنها متغيرات تقع داخل الشارب ذاته أو تحدث عنه تبادل العلاقات الاجتماعية مع الأشخاص الآخرين (Marlatt & Gordon, 1985) ورأى أن الحالات التى تقع داخل الفرد (الشارب) والتى تمثل مقدمات الشرب أو سوابقه ، تتضمن الحالات الانفعالية السلبية والإيجابية ، وحالات جسمه الداخلية ، كما تتضمن قدرته على اختبار مدى تحكمه وضبطه لسلوكه الشخصى ، وأنواع الحوار الذاتى وجميع الأفكار وصور الإغراء والإغواء ، فى حين تشمل المتغيرات البينشخصية السابقة على الشرب ، متغيرات الصراعات الاجتماعية ، والضغوط الاجتماعية المرتبطة بالشرب ، والحالات الوجدانية الايجابية .

التطبيق العيادي للنموذج النظري السابق :

إن نموذج مشكلات التعاطى ثلاثى الأبعاد ، الذى تم وصفه فى الفقرة السابقة ، له تضمينات تطبيقية مباشرة تتصل بعمليات التخطيط وتلقى العلاج النفسى بهدف القضاء على مشكلة شرب الكحولات والاضطرابات المرتبطة بها . ووفقا لهذا النموذج ، لابد أن يقوم المعالج العيادى (الكلينيكى) – فى البداية – باتخاذ مجموعة من القرارات التى تدور حول أكثر المواقف والسياقات ملاءمة لتقديم العلاج فى ظلها ، ثم يقوم باختيار أفضل الأساليب العلاجية وأكثرها ملاءمة للعميل . ويلى ذلك قيامه بتقديم وصف تفصيلى للأساليب العلاجية المناسبة لاحتياجات هذا العميل ، ولابد أن يأخذ المعالج فى حسابه أيضا دور السياق الاجتماعى الذى حدث فى ظله التعاطى أو الشرب شأنه فى ذلك شأن السياق الاجتماعى الذى سيقع فى ظله التغيير . كذلك لابد له أن يكون مطلعا على كل المعلومات الظاهرة والباطنة للعلاج النفسى المقدم لهذا الجمهور وذلك من

وجهة نظر كل من العميل والمعالج . ولابد للمعالج - أخيرا - أن يكون مستعدا لمعرفة كثير من المعلومات الجديدة عن القضايا والمسائل المتصلة بالأهداف العلاجية ، وبخاصة تلك القضايا التى تدور حول اختيار أهداف الشرب .

أماكن تلقي العلاج :

ثمة عدد من الأماكن المتاحة لشاربى الكحولات لتلقى العلاج المناسب ، أهمها العيادات الداخلية ومحلات الإقامة ، والإقامة المؤقتة بالمستشفيات ، والعيادات الخارجية ، والنوادى العلاجية الشبيهة بالبيوت[١] . كما انتشرت بشكل كبير جماعات المساعدة الذاتية[٢] . ويوفر الإنتاج الفكرى البحثى السابق قليلا من المعلومات التى ترشد عملية اتخاذ قرار عيادى (كلينيكى) حول مستوى العناية المناسب لكل حالة على حدة ، فقد انتهى عدد من هذه الدراسات إلى أنه لا توجد فروق فى النتائج العلاجية بين مرضى العيادات الداخلية المتباينين فى طول فترات الإقامة ، كما لا توجد فروق بين المرضى المقيمين بالعيادات الداخلية ومرضى الإقامة المؤقتة بالمستشفيات فى المكاسب العلاجية (Miller & Hester, 1986) ولا شك أن أماكن العلاج الأقل عناية ورعاية توفر للعملاء كثيرا من تكاليف العلاج وبشكل جوهرى (McCrady et al., 1986) ثمة مجموعة من الأدلة الضئيلة التى تشير إلى أن التسرب ومعدلاته تكون أعلى جوهريا فى هذه الأماكن (Hayashida et al., 1989) .

لقد اقترحت الرابطة الأمريكية للطب الإدمانى (ASAM)[٣] مجموعة من المحكات لتحديد مستوى الرعاية المطلوب (ASAM, 1991) ، ولكن على الرغم من أن محكاتها تستند إلى بعض الحجج المنطقية فإنها لم تختبر حتى اليوم . ولذا فإنه يجب على المعالج أن يتخذ القرار المناسب لكل عميل على حدة ، فى شأن تحديد المكان الأكثر ملاءمة لكى يبدأ به علاجه ، بشرط أن يتأسس هذا القرار - جزئيا - على بعض المحكات الموجهة طبيا ، مثل حاجة العميل لإزالة السموم[٤] من جسمه ، وحالته الصحية من الوجهة الطبية ، كما يجب عليه عند اتخاذه لهذا القرار مراعاة بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية ، من قبيل التاريخ العلاجى

(1) Halfway houses .
(2) Self-help groups .
(3) The American Society of Addictive Medicine (ASAM)
(4) Detoxification .

السابق ، ونتائج المحاولات السابقة للتوقف عن الشرب ، وأنماط المساندة الاجتماعية التى تلقاها ، والمصادر الشخصية لمقاومة الشرب ، ومدى خطورة بعض المشكلات النفسية التى يعانى منها ، واتجاهات العميل الأساسية نحو العلاج، واهتماماته العملية ، وتفضيلاته الشخصية لأول مكان تلقى فيه علاجا سابقا .

إزالة التسمم:

إذا كان العميل يعانى من الاعتماد الجسمى والفسيولوجى على الكحولات ، فإنه إذا قلل عدد مرات الشرب أو توقف عنه ، سيمر بخبرات المعاناة من أعراض الكحول الانسحابية . وهناك مجموعة من العلامات التى تشير إلى أن العميل يعتمد اعتمادا جسميا على الكحولات (Femino & Lewis, 1980) أهمها الشرب اليومى المنتظم ، والشرب المنتظم عموما ، أو الشرب المتقطع على مدار اليوم الواحد ، وأخيرا الشرب صباحا كل يوم سواء أكان قد أفطر أم لم يفطر .

ومن أهم أدلة حدوث الاعتماد الجسمى كذلك التى يجب أن تؤخذ فى الاعتبار ، الاستيقاظ ليلا مع الشعور الشديد بالخوف ، والارتجاف أو الدوار والغثيان ، أو معاناته من بعض هذه الأعراض فى أول مرة يستيقظ فيها ليلا . هذا بالإضافة إلى أن عميل الاعتماد الجسمى على الكحولات تبدأ تظهر عليه علامات بعض الأعراض الانسحابية الخفيفة إذا ما توقف عن الشرب مرة واحدة أو قلّله بشكل جوهرى ، وأهم هذه الأعراض ، الارتجاف الخفيف ، والدوار ، والغثيان ، والتقيؤ ، وصعوبة النوم ، وشدة الاستثارة ، والقلق ، والعصبية ، وارتفاع فى سرعة نبضات القلب ، وضغط الدم ، واختلال درجات حرارة الجسم . وعادة ما تبدأ هذه الأعراض فى الظهور خلال خمس إلى اثنتى عشرة ساعة من توقفه عن الشرب ، وربما يعانى العميل كذلك من بعض الأعراض الانسحابية الأكثر شدة ، من قبيل النوبات المرضية ، والهذيان ، أو الهلاوس ، والتى تبدأ عادة خلال فترة زمنية بعد توقفه عن الشرب تتراوح بين أربع وعشرين إلى اثنتين وسبعين ساعة .

وإذا كان العميل لم يتوقف عن شرب الكحول لعدة أيام قبل أول اتصال له لتلقى العلاج ، فلا داعى أبدا فى التفكير فى تحديد علامات الأعراض الانسحابية للاعتماد الجسمى ، أما إذا كان قد توقف لمدة ثلاثة أيام على الأقل قبل طلبه العلاج ، فيكون على المعالج جمع بيانات عن العلامات الدالة على أعراضه

الانسحابية ووضعها تحت المشاهدة الدقيقة . أما إذا كان لازال يشرب إلى أن حضر طلبا للعلاج ، فيجب على المعالج الاعتماد على التاريخ الشخصى للشرب ، وجمع معلومات عن نمط الشرب ، أو نوعه ، ونتائج محاولاته السابقة للتوقف عن شرب المسكرات بهدف تحديد ما إذا كانت هناك ضرورة لإزالة التسمم الجسمى . وإذا ما كان العميل بحاجة لإزالة التسمم ، فيكون متاحا أمامه أربعة بدائل ، هى : إزالة التسمم طبيا بالعيادة الداخلية ، أو إزالة التسمم طبيا خلال الإقامة المؤقتة بأحد المستشفيات ، أو إزالة التسمم غير الطبى بالعيادة الداخلية ، أو إزالة التسمم الطبى بالعيادة الخارجية .

ويكون من الضرورى جدا بالنسبة للعميل مساعدته على التخلص من التسمم الجسمى طبيا ، إذا كان له تاريخ مرضى عانى فيه من الهذيان وفقدان التوجه ، والهلاوس ، أو عانى من نوبات مرضية أثناء توقفه عن الشرب ، أو إذا كان قد بدت عليه علامات واضحة فى الوقت الراهن ، أهمها فقدان التوجه ، والهذيان ، أو الهلاوس . وإذا كان العميل لا يعتقد بأن باستطاعته التوقف عن الشرب من دون تخلصه التام من الكحول والتسمم الجسمى ، ولكنه لم يظهر أى علامة من العلامات الدالة على الأعراض الانسحابية ، وأنه بحالة صحية جيدة ، وأنه لا يتعاطى أى مواد أخرى مخدرة ، يكون من المناسب أن نزيل السموم من جسمه طبيا بمنزله وفى السياق الاجتماعى . وإذا كان العميل يتمتع بأنماط من المساندة الاجتماعية فهنا يجب أن تزال السموم فى البداية بإقامة مؤقتة بأحد المستشفيات أو بإحدى العيادات الخارجية . أما المحك الذى على أساسه نختار أحد المكانين السابقين لتخليص العميل من سمومه ، مؤداه معرفتنا بحجم المساندة النفسية الاجتماعية التى سيحتاجها أثناء معاناته من الأعراض الانسحابية ، وكذلك إلى أى مدى سيكون بحاجة إلى برنامج تفصيلى بعد إزالة تسممه طبيا . وإذا ما كان العميل بحاجة لهذا البرنامج التفصيلى ، فمن المستحسن فى هذه الحالة أن يتخلص من التسمم بأحد النوادى أو المؤسسات الشبيهة بالمستشفيات .

المشكلات الطبية :

من المهم ، كما حددنا بدقة أفضل أماكن إقامة العميل لتخليصه من التسمم الكحولى ، أن نأخذ فى حسابنا وبعناية المشكلات الطبية التى يعانى منها . ويقتضينا هذا المنحى الدقيق أن نجرى فحصا جسميا شاملا لكل عميل ، وفحوص للدم والبول فى بداية العلاج . ويجب على المعالج العيادى – فى هذه الحالة – أن

يشمل فحصه ومجموعة مقابلاته للعميل على مجموعة من التساؤلات التى تتصل بصحته الجسمية عند أول اتصال به ، وإذا ما وجد عددا من الشكاوى الجسمية الحادة ، فلابد أن يتلقى العميل بعض العلاجات الطبية السريعة ، ولذا فإننا سنجد أن هناك بعض العملاء يعانون من مشكلات طبية تحتاج إلى إقامة بالمستشفى ، ومن ثم فإن البحث عن المستشفى الملائم لطبيعة هذه المشكلات الطبية أمر يسبق موضوع العلاج .

التاريخ العلاجي :

بعد تحديد قضايا الصحة الجسمية ، يجب على المعالج أو الطبيب أن يراجع التاريخ العلاجى السابق للعميل بتوجيه مجموعة من الأسئلة له ، أهمها الآتى :

(١) هل حاول العميل فى السنوات السابقة أن يتلقى علاجا بالعيادة الخارجية ، بحيث أصبح قادرا على تقليل الشرب أو التوقف عنه تماما ؟

(٢) وهل سبق له التهرب من العلاج بالعيادة الخارجية ؟ وإذا كان ذلك قد حدث فعلا ، ولا يوجد دليل يشير إلى وجود أى تحسن أو تغيير إيجابى فيما يشكو منه طوال فترة علاجه بالعيادة الخارجية ، فيجب أن يخضع العميل لأحد البرامج العلاجية الطبية المكثفة التى تقدم بأحد النوادى الشبيهة بالبيوت أو العيادات الداخلية .

(٣) وهل تسرب العميل وتهرب من العلاج ؟ وهل تكررت مرات شرب المسكرات أثناء خضوعه لأحد برامج العلاج بالإقامة المؤقتة بأحد المستشفيات أم بإحدى العيادات الداخلية ؟ وإذا كان ذلك قد حدث ، فنوصى بتحويله لتلقى العلاج بإحدى العيادات الداخلية .

(٤) وهل انتكس العميل مباشرة بعد انتهائه من برنامج علاجى بإحدى العيادات الداخلية ؟

وإذا كان ذلك قد حدث ، فيجب فى هذه الحالة أن يقيم إقامة مؤقتة بإحدى المستشفيات أو يتلقّى علاجا بالعيادات الخارجية ، لأنه ربما يكون هناك ارتباط بين مسألة الانتكاس ومشكلاته الطبية التى عممها على كل من العيادة الداخلية والبيئة الطبيعية بسبب عدم التحسن عندما يعالج بهما ، ومن ثم يكون البديل

الملائم هو الإقامة بأحد النوادى الشبيهة بالبيوت ليتلقى علاجا طويل المدى ومكثفا .

محاولات التوقف السابقة بكامل إرادة العميل :

إن كثيرا من العملاء ينجحون بكامل إرادتهم الواعية فى تقليل مرات الشرب بشكل جوهرى أو يتوقفون عنه لفترات زمنية قد تطول أو تقصر . ولذا فإنه من الأهمية بمكان تحديد ما إذا كان التاريخ السابق للعميل ينطوى على مثل هذه المحاولات الناجحة للتقليل أو للتوقف ، ومعرفة النتائج التى ترتبت على ذلك . وخلاصة الأمر أن علاج العميل بالعيادة الخارجية ، سيكون هو العلاج المناسب الذى يوصى به فى هذه الحالة ، نظرا لأنه لديه تاريخ سابق يشير إلى نجاحه فى التوقف عن الشرب طواعية وبإرادته الخالصة ومن دون ضغط عليه من أحد ، ومن ثم سيكون لديه تاريخ من التغير الناجح ومن التحسن الملحوظ ، والعكس صحيح .

نظم المساندة الاجتماعية :

تعد نظم المساندة الاجتماعية متغيرا مهما لأنه يؤدى دورا أساسيا فى تحديد المكان الملائم لتلقى العميل العلاج المبدئى . وإذا كان العميل يتمتع بأنماط من المساندة الاجتماعية من مصادر متعددة ، كالزوج أو الزوجة ، والابن الأكبر ، والأب ، والأصدقاء الحميمين ، وزميل المهنة والعمل ، والمشرفون على برامج المدمن المجهول ، أو أى شخص يكون لديه استعداد للبذل والعطاء ، ويكون سعيدا تماما لقيامه بهذه المهمة التى تتسم بالدعم والعطاء وبذل الجهد ، فإنه يكون عميلا مرشحا لتلقى نوعا من العلاج المبدئى الحر(١) (خارج المستشفى) ، ولكن إذا لم يكن لديه مصادر للمساندة الاجتماعية ، أو يقيم وسط بيئة اجتماعية تشجع الشرب المكثف ، فإننا نوصى فى هذه الحالة بتلقيه علاجا بالعيادة الداخلية أو بإقامة مؤقتة بإحدى المستشفيات . وتعد النوادى العلاجية الشبيهة بالبيوت هى البديل المناسب لتلقى العلاج من قبل العملاء الذين يفتقدون لمصادر المساندة الاجتماعية ، وكانوا قد فشلوا فى تكوين مصادر للمساندة الاجتماعية مسبقا ، حتى خلال فترات التوقف عن شرب المسكرات .

(1) Ambulatory treatment .

المصادر الشخصية :

تعد المصادر النفسية الشخصية(١) لدى العميل المجال التالى الذى يجب أن نأخذه فى حسابنا بعد نظم المساندة الاجتماعية . ولذا فإن أهم التساؤلات التى يجب طرحها ، إلى أى مدى استطاع العميل أن يحقق بعض النجاحات الشخصية فى حياته ، كتحقيق بعض الطموحات والأهداف ، واحتلال مكانة اجتماعية مرموقة ، وإلى أى مدى استطاع تغيير بعض أنماط سلوكه السيئة ، وإلى أى مدى استطاع إنجاز المهمات المكلف بها تماما ؟ إذا كانت الإجابة على كل هذه التساؤلات بالإيجاب ، فإن تلقيه علاجا بالعيادة الخارجية يعد أنسب أنواع العلاج بالنسبة له . كما أن الأداء المعرفى لدى العميل يعد من أهم مصادره النفسية الشخصية . ولذا فإنه إذا عانى العميل من بعض الاضطرابات المعرفية بشكل جوهرى ، فى الانتباه ، والذاكرة ، والقدرة على التفكير الاستدلالى المجرد أو القدرة على حل المشكلات ، فإننا ننصح فى هذه الحالة بضرورة تلقيه عناية علاجية أرفع مستوى ، وإن لم يحدث ذلك فإن العميل سيجد صعوبة شديدة فى التعامل مع المعلومات المرتبطة بالعلاج والتى تقدم له حوله ، وربما يجد صعوبة فى استنباط وتوليد طرق ناجحة تمكنه من تجنب الشرب والابتعاد عنه تماما .

مشكلات نفسية أخري :

وفقا لما لاحظناه فى هذا الفصل مسبقا فإن الأشخاص الذين يعانون من مشكلات شرب المسكرات ، غالبا ما يعانون كذلك من مشكلات نفسية أخرى جوهرية ، ومن ثم فإن الطبيب أو المعالج النفسى لابد أن يقدر هذه المشكلات ويقيسها ، ويحدد كذلك مستوى الرعاية المطلوبة للعميل بناء على تحديده للمكان الملائم لعلاج هذه المشكلات النفسية الأخرى . فإذا ما كان العميل يعانى مثلا من اكتئاب حاد ، والقابلية للانتحار ، فيجب فى هذه الحالة أن نقيس مدى حدة الاكتئاب وقابلية العميل للانتحار ونتخذ الإجراءات الوقائية الملائمة .

اتجاهات العميل نحو العلاج :

على الرغم من أن الاتجاهات تعد مجالا من المجالات النفسية الاجتماعية التى تواجه صعوبات منهجية فى قياسها وتحديد قوتها وشدتها فإن تعهد العميل

---

(1)Personal psychological resources .

باستمرار خضوعه للعلاج ، ورغبته فى التغيير إلى الأحسن تعد عوامل مهمة فى اختيار مستوى الرعاية (مثلما هى الحال عند اختيار المنحى العلاجى المبدئى). إن العميل ذا الميل المتناقض ولكنه ذو ميل أشد لتلقى العلاج ، يمكن أن تكون استجابته لبرنامج علاجي مكثف استجابة أفضل تمكنه من توفير درجة كبيرة من الدعم وتجعله يلتحق بأحد البرامج العلاجية الملائمة لحالته وتجعله يحرز تغييرات إلى الأفضل . وعلى أية حال ، إن التناقض الوجدانى للعميل أحيانا ما يجعل من الصعب علينا توفير علاج له يتسم بالرعاية المركزة ، بسبب رفض العميل تغيير برنامج حياته وتغيير أسلوبه حتى لو كان الأمر يتعلق بعلاجه أو تلقيه برامج علاجية مكثفة .

المعوقات العملية :

هناك عدد من المعوقات العملية التى يجب أن يأخذها الطبيب أو المعالج النفسى فى حسابه قبل خضوع العميل للعلاج . فعلى الرغم من أن بعض المناحى العلاجية قد تأخذ هذه المعوقات فى حسابها وتنظر إليها على أنها دليل على إنكار العميل ورفضه لها ، فإننا نفضل أن ننظر إليها وندركها على أنها معوقات حقيقية وتحديات للعلاج ، ويجب علينا التعاون مع العميل للتغلب عليها . وتدور بعض هذه المعوقات حول مواعيد عمل العميل ووظيفته ، وما إذا كان مثلا يستطيع أن يحصل على إجازات طويلة منه ، وما إذا كان ذلك سيعرض وظيفته للضياع والخطر ، وما إذا كان العميل الموظف مقتنعا وراضيا عن التجربة العلاجية وضرورتها له ، أو ما إذا كان غيابه عن عمله وطلبه مزيدا من الإجازات للعلاج سينتج عنه خسرانه له . وإذا ما تعرضت وظيفة العميل للخطر ، فإنه فى حالة علاجه بالعيادة الداخلية فإن ذلك قد يترتب عليه فقد العميل وتهربه من العلاج خوفا على وظيفته أو حفاظا عليها . هذا أولا ، أما المعوق الثانى ، فيدور حول الظروف المالية للعميل ؛ بمعنى آخر هل يستطيع العميل أن يحصل على إجازة من عمله الأمر الذى يعرضه لنقص بعض دخله فى الوقت الذى هو فى حاجة لهذا المال للعلاج (وماذا لو أن الإجازة غير متاحة أصلا) ؟ عموما إذا كان الأمر على العكس من ذلك ، فإن العلاج بالعيادة الخارجية أو عن طريق الإقامة المؤقتة بإحدى المستشفيات سيكون هو الأنسب حتى يستطيع الجمع بين العلاج والحفاظ على عمله ووظيفته . ومن المعوقات المالية الأخرى ، قدرة العميل على تحمل تكاليف العلاج ، فإذا ما كان التأمين الصحى سيغطى نفقات العلاج بالعيادات

الداخلية التى تتطلب إقامة طويلة نسبيا ، وليس إقامة مؤقتة - فإن البديل الأول سيكون ضروريا جدا .

ويدور المعوق العملى الثالث حول تكاليف أو نفقات الانتقال والمواصلات ورعاية الأطفال أو الأبناء . والسؤال الذى يفرض نفسه ، هل يستطيع العميل الحضور بانتظام لتلقى العلاج بالعيادة الخارجية ؟ وهل لديه رخصة قيادة ، وإذا لم يكن لديه هذا الترخيص ، فهل متاحا له وسيلة أخرى للمواصلات ؟ وإذا أقام العميل بإحدى المستشفيات ، فهل يتوفر لديه من يرعى أبناؤه ؟ . وإذا لم يكن ذلك متاحا ، فيفضل أن يخضع العميل للعلاج النهارى[1] .

والخلاصة التى يمكن أن ننتهى إليها فى هذا الصدد ، مؤداها أن هناك حشدا كاملا من المعوقات العملية ذات الصبغة الخاصة بالعميل ، والتى ينبغى أن يأخذها الطبيب أو المعالج النفسى فى حسابه باهتمام شديد قبل أن يبدأ العملية العلاجية . ولذلك فإن البحوث قد أشارت منذ فترة زمنية طويلة إلى أن العملاء الكحوليين هم أكثر العملاء احتمالا للاهتمام بالعلاج والتوق إليه ، والمواصلة فيه إذا أمكن الوقوف على احتياجاتهم الخاصة وبشكل مباشر منذ البداية (Chafetz et al., 1962) . ولهذا فإن مجرد الوقوف على احتياجاتهم ، ومعرفتها قبل أن يبدأ علاجهم ، يعد من أبرز وأهم المعوقات التى تتحدى المعالج النفسى وتواجهه .

التفضيلات الشخصية :

وأخيرا ، فإن تفضيلات العميل الشخصية للعلاج ، ولأنواع محددة منه تعد من أبرز المتغيرات الشخصية التى ينبغى أن يأخذها المعالج فى حسابه وباهتمام شديد . فإذا كان العميل يفضل العلاج بالمستشفى أكثر من تفضيله للعلاج بمحل إقامته أو العكس ، ففى كل الأحوال على الطبيب أو المعالج النفسى الاهتمام الشديد بهذا المطلب الشخصى له ، حتى إذا كانت نتائج التقدير النفسى العيادى لمشكلاته الطبية والنفسية تفترض أو توصى بأن الأنسب هو تلقيه برنامجه العلاجى بإحدى العيادات الخارجية . وبالمنطق نفسه ، إذا كان العميل يريد أن يتلقّى علاجه بالعيادة الخارجية ، فيجب أن نوفر له ذلك ، حتى إذا كان المعالج يعتقد أن الأفضل بالنسبة لحالته هو تلقيه برنامجا علاجيا أكثر تركيزا بالعيادة الداخلية .

---

(1) Day treatment .

اعتبارات عامة :

إن قرار اختيار مكان تلقى العلاج المبدئى لابد أن ينظر اليه - بصفة عامة- على أنه قرار غير نهائى وغالبا ما يتم التعاقد المبدئى لعلاج العميل آخذا فى اعتباره تفضيله لتلقى العلاج بمكان بعينه مع ضرورة التوصية بتحديد الظروف التى تملى على المعالجين فى هذا المكان تقديم مستوى محدد من الخدمة العلاجية، مختلف عما يقدمه هذا المكان من خدمات علاجية . فإذا كان المعالج يعتقد - مثلا - أن عميله سيكون من الصعب عليه جدا التوقف عن الشرب إذا ما تلقى علاجه بالعيادة الخارجية ، على الرغم من أن هذه هى رغبة العميل فإن التعاقد المبدئى لعلاجه بمكان آخر لابد أن يتضمن وضع خطة لتقليل الشرب أو إيقافه ، وتعليمه مجموعة من المهارات التى تساعده على تنفيذ هذه الخطة ، وفترة زمنية محددة لذلك وإذا فشل العميل فى تنفيذ هذه الخطة خلال المدة المضروبة لها ، فلابد أن يتم مراجعة العقد وتغيير مكان العلاج بعد مناقشة العميل فى ذلك . وهكذا فإنه إذا كان قرار تحديد مكان العلاج المبدئى يعد قرارا مهما ، فإن قرار تغيير مكان العلاج أمْراً وارداً ولابد أن نأخذه فى اعتبارنا باستمرار عند علاج حالات الاعتماد على المسكرات ، كما أن هذه الخطوة لابد أن نحسب حسابها مبكرا نظرا لأهميتها للعملية العلاجية .

ويلخص جدول (١ - ٩) بعض المؤشرات التى نعتمد عليها فى تحديد أنسب أماكن تلقى العلاج للعميل الذى يعانى من الاعتماد على المسكرات .

الطرق العلاجية :

يتوفر الآن فى الإنتاج الفكرى النفسى العلاجى ست طرق لعلاج الاعتماد على المسكرات . وتتضمن هذه الطرق ، جماعات المساعدة الذاتية ، والعلاج الفردى[١] ، والعلاج الجمعى[٢] ، والعلاج الثنائى أو الزواجى[٣] ، والعلاج الأسرى[٤] ، وبرامج العلاج المكثف[٥] . وفيما يلى وصف مختصر لكل منها .

---

(1) Individual therapy .
(2) Group therapy .
(3) Couple therapy .
(4) Family therapy .
(5) Intensitve treatment programs .

جماعات المساعدة الذاتية :

تعد جماعة المدمن المجهول[1] من أكثر جماعات المساعدة الذاتية شهرة وتوظيفا للعلاج النفسى ولذا فإنها توجد فى خمسين ولاية من الولايات المتحدة الأمريكية ، كما توجد فيما يزيد على مائة دولة فى العالم كله . وتقدم هذه الجماعة طريقة محددة للعلاج والتخلص من آثار الاعتماد على المسكرات ، تتلخص هذه الطريقة فى وجهة نظر محددة مفادها ، إن الكحولية إنحراف أو مرض جسمى ، ومزاجى ، وروحى ، ولا شفاء منه ، ومن ثم فإن كل ما يمكن عمله إزاءه أننا يمكن أن نكبح جماحه ونوقفه بفعل المساعدة الذاتية الجماعية . ولذا يرى أفراد كل جماعة من هذه الجماعات أن الشفاء عملية تستمر مدى الحياة . وتتم عبر اثنتى عشرة خطوة للتخلص تماما من آثار الاعتماد على المسكرات .

وللاطلاع على مزيد من الوصف التفصيلى للمدمن المجهول ، يمكن الرجوع لهذا المصدر (McCrady & Irvine, 1989) . والمطلب أو الشرط الوحيد للحصول على عضوية هذه الجماعة ، هو أن يكون لدى المدمن الرغبة الأكيدة للتوقف عن الشرب ، ولا يدفع الأعضاء للجماعة أى مقابل أو أية تكاليف مالية ، وليس هناك أية مصوغات للتعيين فيها كما لو كانت مؤسسة مهنية . ويعقد الأشخاص الذين ينضمون لهذه الجماعة اجتماعات عديدة ومتباينة ، ويوطدون علاقاتهم برعاة هذه الجماعة الذين يساعدونهم للتوصل للشفاء ، ويهتمون بالمشاركة فى نشاطاتها التى تبدأ من إعداد القهوة والمشروبات قبل انعقاد الاجتماعات وحتى التعهد بالمشاركة فى لجان صغيرة ترعى شئون الجماعة إلى قيام بعض أعضاء الجماعة بالتواصل مع أعضاء الجماعات الأخرى المناظرة . وبالفعل قد تبين من نتائج بعض البحوث أن زيادة النشاط والانغماس فيه يرتبط ارتباطا مرتفعا بزيادة فى الشفاء والتغير السلوكى الناجح (Emrick, Tonigan, Montgomery & Little, 1993) .

وتفترض نتائج البحوث العلمية أن الأشخاص الذين يفضل لهم الالتحاق بعضوية جماعة المدمن المجهول ، هم هؤلاء الأشخاص الذين لهم تاريخ من الاعتماد على المساندة الاجتماعية كطريقة من طرق التعايش مع المشكلات ومختلف ألوان الضغوط ، والذين يشتكون من عجز فى السيطرة على الشرب

---

(1) Anonymous Addective (AA) .

بمفردهم ، والذين يشربون المزيد من الكحولات فى المناسبات الاجتماعية ، على عكس الأشخاص الذين لا يصح لهم الالتحاق بهذه الجماعة ، حيث يعانون من القلق الشديد بسبب شربهم للمسكرات ، ويعتقدون أن الكحول يرفع مستوى الأداء والنشاط العقلى ، ويكونون أكثر ميلا للاتجاه وتبنى الأفكار الروحية (Emrick et al., 1993) .

ولقد طرأ تغيير على جماعات المساعدة الذاتية فى السنوات الحديثة ، حيث ظهر لها جماعات بديلة ، أهمها جماعة العلاج العقلانى[١] (Trimpey, 1989) وهى تتبنى منحى للمساعدة الذاتية ينطلق أو يعتمد بتوسع على أسس العلاج العقلانى الانفعالى . ومن أهم الخطوات التى يمر بها المدمن وصولا للتحسن والشفاء ، مناقشة المعتقدات الخاطئة حول الشرب وهى معتقدات جميعها لاعقلانية ، وتفنيد الإدراكات والمعارف الذاتية ، وحصر التوقعات المعرفية ، حيث تعد جميعها أساسا للتغير الناجح . ويفترض منحى التحسن العقلانى ضرورة الامتناع والتوقف عن الشرب كهدف أسمى ينبغى التوصل إليه ، ولكنه فى الوقت نفسه يؤكد أهمية أن يكون ذلك بالاختيار الشخصى وبمحض إرادة العميل . كما ظهرت للوجود الجمعية المدنية للتوسط والاعتدال[٢] استجابة لإشباع الجوانب الروحية للمدمن المجهول ، الأمر الذى لا يتطلب جهدا جهيدا كجزء من عملية التغيير . وظهرت الجمعية النسائية للتوسط والاعتدال[٣] والتى تمثل منحى للمساعدة الذاتية للسيدات اللاتى تعانين من بعض الاضطرابات النفسية التى يجب أن يتغلبن عليها بتنميتها ، كتوكيد الذات ، والثقة بالنفس ، والاعتماد على الذات ، كجانب من جوانب عملية التغيير إلى الأفضل .

ويتسق كل منحى من المناحى الثلاثة السابقة (البديلة لجماعة المدمن المجهول) مع المناحى السلوكية ، ولكنه لا يتسق مع خطوات العلاج بطريقة المدمن المجهول ولا يمكن أن يكون بديلا لها ، لأنها مناحى ليست متاحة بكثرة أمام المعتمدين على المسكرات .

---

(1) Rational recovery (RR) .

(2) Secular Organization for Sobriety .

(3) Women for Sobriety .

العلاج الفردى :

يقدم العلاج الفردى بكثرة فى العيادات الخارجية . وتتوفر لدينا مجموعة ضئيلة جدا من البيانات التى ترشدنا لاختيار العلاج الفردى فى مقابل العلاج الجماعى . ويبدو أن الإنتاج البحثى المتصل بشرب السيدات المسكرات متخم بافتراضات مؤداها أنهن أشد استجابة للعلاج الفردى من العلاج الجمعى ، على الرغم من أن هذا التأكيد يفتقر للأدلة العلمية التجريبية (McCrady & Raytek, 1994) . وتنسحب توكيدات افتراضية شبيهة بالسابقة على علاج الكبار المعتمدين على المسكرات ، على الرغم من قلة البيانات المتصلة بهذا الجمهور (Gamberg, 1980)

العلاج الجمعى :

هناك اعتقاد شديد فى مجال شرب المسكرات بأن العلاج الجمعى مفضل على العلاج الفردى ، (وعلى أية حال ، راجع ما ذكرناه فى الفقرة السابقة مباشرة فيما يتصل بعلاج السيدات وكبار السن) . إن العلاج الجمعى أكثر اقتصادا فى النفقات وأقل تكلفة بالمقارنة بالعلاج الفردى ، ويوفر التفاعل الاجتماعى الذى يجرى بين أعضاء الجماعة العلاجية مزيدا من الفرص للتأسى بالآخرين واتخاذهم نماذج يقتدى بهم ، كما يقدم فرصا نادرة للمراجعة والتدقيق وإعادة النظر فى ممارسة بعض الأنماط السلوكية ، الأمر الذى لا يمكن أن يوفره العلاج الفردى . ولقد استقر الرأى الآن بأن برامج العلاج السلوكى يمكن أن تقدم من خلال العلاج الجمعى للأفراد وللجماعات الكحولية وللكحوليين وزوجاتهم (G'farrell & Cutter, 1984; Monti, Abrams, Kadden & Cooney, 1989) . على أية حال ، إن الكحوليين الذين لهم قدرة على التفاعل مع أعضاء الجماعة العلاجية ، والذين لا يحتاجون نوعا من العلاج الفردى المكثف بسبب مشكلاتهم النفسية التى يعانون منها ، يمكن أن يخضعوا للعلاج الجمعى .

العلاج الزواجى أو الثنائى :

لقد افترض عدد من الدراسات العلمية أن تلقى الزوجان الكحوليان معا للعلاج ، ربما يرفع احتمالات إحراز نتائج علاجية إيجابية (راجع ماكريدى McCrady, 1990,) . وعلى الرغم من وجود أدلة علمية على صحة الافتراض السابق ، فإن المعالجين التقليديين للكحوليين يفضلون استخدام العلاج الفردى أو

العلاج الجمعى على العلاج الزواجى الثنائى ، مؤكدين أهمية التركيز على التغيير الشخصى قبل التركيز على حدوث تغير اجتماعى فى العلاقات بين الزوجين . ويتوفر الآن كثير من التصورات النظرية التى تجمع بين العلاجين الفردى والجمعى (McCrady & Epstein, 1995) ، وسنقدم فى النصف الثانى من هذا الفصل بالفعل صورة حية لإحدى الحالات (زوجين كحوليين) تم علاجهما بالعلاج الزواجى الثنائى الذى يجمع بين العلاج الفردى والجمعى .

إن العلاج الزواجى أكثر ملاءمة للعملاء الذين يتسمون باستقرار علاقاتهم الاجتماعية التى تسمح لهم بالمشاركة الإرادية فى العلاج وبرضا كامل ، والذين يستطيعون الأداء بطريقة تتسم بالمساندة والمساعدة الفعالة خاصة فى المراحل المبكرة من العلاج . أما الأزواج الذين لهم تاريخ من العنف الأسرى ، ويتسم أحدهما بالتناقض الشديد فى علاقاته مع الآخر ، فإن العلاج الزواجى لايلائمهم إلى حد كبير .

جدول (١ – ٩) يعرض لمؤشرات اختيار أفضل الأماكن لتلقى العلاج النفسى المناسب

مستوى الرعاية	مؤشرات الاختيار
– الإقامة بالمستشفى لتلقى علاجا طبيا	المشكلات الطبية الحادة ، والنوبات الحادة ، والهذيان .
– إزالة التسمم طبيا بالعيادة الخارجية	الاعتماد الجسمى ، وتاريخ من الأعراض الانسحابية الأساسية الراهنة ، وتاريخ معاناة من النوبات ، ومشكلات طبية حادة وخطيرة، ومشكلات طبية نفسية خطيرة ، واعتقاد المريض بأنه لا يستطيع التوقف عن الشرب بدون إشراف ورعاية طبية .
– إزالة التسمم فى السياق الاجتماعى	الاعتماد الجسمى ، ولا توجد مشكلات صحية حادة ، ولا يوجد تاريخ من النوبات ، ولا الأعراض الانسحابية ، واعتقاد المريض بأنه

مستوى الرعاية	مؤشـــرات الاخـــتيار
	لن يستطيع إيقاف الشرب من دون إشراف أو رعاية طبية .
- إزالة التسمم بالعيادة الخارجية	الاعتماد الجسمى ، ولا توجد ظروف معقدة ، ويرفض المريض الاقامة بالمستشفى ، وتوجد مساندة اجتماعية لمساعدته على التوقف .
- العلاج بالعيادة الداخلية	تاريخ من التسرب والتهرب من العلاج بالعيادة الخارجية ، وتاريخ من التسرب من العلاج أو الشرب أثناء العلاج وفقا لنظام الاقامة المؤقتة ، والمساندة الاجتماعية الضعيفة ، والمساندة الاجتماعية لمزيد من الشرب ، والعجز عن التغيير والتوقف عن الشرب ، والاضطرابات المعرفية ، والمشكلات الطبية النفسية الحادة ، ومحاولات الانتحار ، وضعف التأمين والموارد للعلاج المتنقل ، وقلة المواصلات ، والتفضيل الشخصى الشديد لهذا النوع من العلاج .
- العلاج النهارى والاقامة المؤقتة بالمستشفى	تاريخ من التسرب من العلاج بالعيادة الخارجية ، وتاريخ من الانتكاس المتعدد السريع بعد علاج بالعيادة الداخلية ، وملاءمته للمساندة الاجتماعية الجيدة ، والتنافر مع العلاج أو التغيير ، والعجز عن رعاية الأطفال والعجز عن الحصول على إجازات علاجية من العمل ، والتفضيل الشخصى الشديد لهذا النوع من العلاج .

مستوى الرعاية	مؤشـــرات الاخـــتيار
- العــلاج بالعــيــادات الخارجية	تاريخ من الاستخدام الناجح للعلاج بالعيادة الخارجية ، ومحاولات من التوقف السابق الناجح عن الشرب طواعية ، والمساندة الاجتماعية الجيدة ، وتاريخ من التغير السلوكى الناجح ، وضعف الموارد الخاصة بالعلاج المكثف ، والعجز عن توفير أشخاص لرعاية الأطفال ، والعجز عن الحصول على إجازات علاجية من العمل ، والتفضيل الشخصى الشديد لهذا النوع من العلاج .
- العلاج بالنوادى الشبيهة بالمستشفيات	وجود تاريخ من الانتكاس بعد العلاج بالعيادة الداخلية ، وضعف المساندة الاجتماعية .

وكذلك تم تطوير مجموعة من الأساليب التى توفر العلاج للأزواج الكحوليين بعيدا عن العلاج الذى يقدم لفرد واحد فقط . ومن أهم الأساليب الفعالة التى تدفع المدمن للبحث عن العلاج أو تقليل الشرب ، أسلوب الجماعات السلوكية(١) التى تؤكد ضرورة تنمية القدرة الشخصية والذاتية على اتخاذ القرار ، وعملية التخاطب ، وتقليل الحوار حول عمليات الشرب (Sisson & Azrin; Thomas, Santa, Bronson, & Oyserman, 1987) . ويقدم "الانون Alanon" منحى المساعدة الذاتية للأزواج ، ولآخرين من أعضاء الأسرة الكحوليين .

العلاج الأسرى :

على الرغم من الاهتمام الشديد بالظاهرة الكحولية فى مجال العلاج الأسرى ، فإن التصورات النظرية التى توجه العمل العيادى مع الأسر الكحولية نادرة تماما ، كما أن التصورات النظرية المتاحة مشتقة من العلاجات الأسرية

(1) Behavioural groups .

بكل أنواعها (أنظر على سبيل المثال : Kaufman, 1984) وجميعها لم تختبر حتى اليوم . ويتاح فى إطار المساعدة الذاتية تصور يعرف باسم تصور ألاتين Alateen يوجه العمل العيادى مع المراهقين الذين تأثروا بأحد نماذج القدوة من الأسرة أو من الأهل الأقربين ووقعوا فريسة لشرب المسكرات ، كما يتاح تصور الاتوت Alatot النظرى لتوجيه الرعاية والعمل مع العناصر الأسرية الأصغر سنا .

برامج العلاج النفسي المكثف :

على الرغم من أن الأماكن العلاجية يعتمد اختيارها على الجوانب الفنية التطبيقية أكثر من اعتمادها على التصورات النظرية والأكاديمية ، حيث تتدخل فيها تفضيلات المدمن الشخصية والذاتية ، فإن برامج العلاج النفسى المركز تؤدى دورا محددا فى علاج الكحولية ، الأمر الذى يجب أن يؤخذ فى الاعتبار ، وهى برامج توجهها بالدرجة الأولى بعض التصورات النظرية . ويعد التصور النظرى لجامعة منيسوتا فى علاج الكحولية أحد أبرز التصورات المرشدة لمنحى العلاج المركز الذى يتضمن كلا من العلاج الجمعى ، والتربية ، وجماعات المساعدة الذاتية ، وشئ من الإرشاد النفسى الفردى (Cook, 1988a, 1988b) .

وتؤكد العلاجات التى يوجهها تصور جامعة منيسوتا ضرورة تحدى عمليات الرفض والإنكار(١) ، وضرورة رفع دافعية المدمن ليدرك أن باستطاعته التحمل والتوقف عن الشرب بإرادته وأنه ليس ضعيفا ، وتؤكد ضرورة التعهد بالالتحاق بإحدى جماعات المدمن المجهول . ومع مرور الوقت ، فإن برامج تصور منيسوتا النظرى قد اتحدت واندمجت بعديد من الخطط والاستراتيجيات السلوكية والأساليب العلاجية الأخرى ، متضمنة المهارات الاجتماعية والتدريب على الاسترخاء ، وأساليب الوقاية ضد الانتكاسات (على الرغم من أن هذه البرامج العلاجية منبثقة عن العمل الشهير لكل من جورسكاىGorski وميللر(1986) Miller ولم تنبثق عن العمل العلمى والنظرى الأصيل لكل من «مارلات Marlatt وجوردون (1985) Gordon» . واشتهر تصور جامعة منيسوتا ببرامجه العلاجية المتباينة على أنه من أكثر التصورات النظرية ملاءمة لعلاج الكحولية ، ولكن البيانات والأدلة العلمية التى تؤيد مثل هذه المزاعم ضئيلة إلى حد كبير .

(1) Denial .

وقد اهتمت معظم البحوث التى حاولت اختبار هذه البرامج ، بتقييم برنامج علاجيٍ واحدٍ ، وكانت كل هذه الدراسات التقويمية قد أجريت كذلك فى المراكز العلاجية الخاصة . وانتهت نتائج بعض هذه الدراسات التقويمية إلى أنه قد حدث نوع من التوقف والامتناع عن الشرب لدى الأشخاص الذين تلقوا هذه البرامج العلاجية (أنظر دراسات كل من (Alford, 1981; Filstead, 1991; Wallace, McNeill, Gillfallan Fanella, 1988) ، ولكن عينات هذه الدراسات لم تتخذ لها مجموعات ضابطة ملائمة ، مما يجعلنا ننظر إلى النتائج النهائية التى توصلت إليها حول الكفاءة العلاجية لهذه الأساليب بحذر وتحوط كما يجعلها استنتاجات غير قابلة للمقارنة مع نتائج الدراسات العلاجية الأخرى .

ومع كل ما سبق ، فإن الانتشار الواسع ووضوح برامج تصور منيسوتا النظرى قد جعلتها من أكثر البرامج استخداما ومن أكثر البرامج العلاجية التى يختارها المعالجون والمدمنون وأسرهم .

الأساليب العلاجية :

يُتاح الآن أمام المعالج مدى واسعا من الأساليب العلاجية[1] . ويخرج الوصف الكامل لهذه الأساليب عن نطاق الفصل وحدوده ، ويمكن للقارئ المهتم أن يرجع لتفاصيله فى «هيستر Hester وميللر (1989) Miller ، وسيجد بالإضافة إلى وصف هذه الأساليب ، بعض الأدلة المؤيدة لهذا التصور ولفعالية هذه الأساليب التى يستخدمها الممارس العيادى .

وتتضمن أساليب العلاج السلوكية جميع إجراءات ضبط البيئة ، وإجراءات ضبط الاستجابات والعواقب والتحكم فيها ، وأساليب إعادة البناء المعرفى ، والتدريب على المهارات السلوكية ، وأساليب العلاج الزواجى السلوكى . وجمع المعالجون السلوكيون - بالإضافة إلى ما سبق - بين الأدوية الطبية المضادة لشرب الكحولات والعلاجات السلوكية (ديزولفيرام كمضادات لسوء الاستخدام التى تشيع فى الولايات المتحدة الأمريكية ، مثلها فى ذلك مثل الكالسيوم كارباميد الذى يشيع فى كندا) . ولقد اندمجت هذه الأساليب العلاجية بحيث كونت مناحى علاجية شاملة تستخدم للتدريب على الوقاية ضد الانتكاس (Marlatt & Gordon, 1985) ، والتدريب على قطاع عريض من طرق العلاج السلوكى .

---

(1) Treatment techniques .

السياق الاجتماعي للعلاج :

يفترض الإنتاج الفكرى النفسى – كما لاحظنا مسبقا – المتصل بعلاج الكحولية ، أن وجود منظومة وسياق اجتماعى حسن يرتبط بإحراز نتائج علاجية إيجابية . وبسبب وجود مثل هذه النتائج ، يحرص المعالجون النفسيون على إشراك الزوج أو أى فرد من أفراد العائلة بشرط أن يكون متعاونا ومساندا ، يشركهم فى العلاج . وهناك عدد من أنماط العون التى يستمدها المعالجون منهم أهمها المعلومات الاجتماعية ، وعلاج الأشخاص المهمين فى الأسرة ، ومساعدة العميل على تكوين علاقات ونظم اجتماعية جديدة .

المعلومات :

تفترض المعتقدات والأفكار الشعبية التى تدور حول تأثير الكحول ، أن الكحوليين يقللون من آثاره ويكذبون حول تعاطيهم وشربهم وما يترتب عليه من عواقب . ويفترض الإنتاج الفكرى والتجربى أن الكحوليين يمدوننا ببيانات عندما يقللون الشرب وعندما لا يترتب على قولهم الحقيقة أية عواقب سلبية قوية أو شديدة (راجع ذلك فى : Babor, Stephens & Marlatt, 1987)

وعلى الرغم من هذه النتائج ، فإن هناك عددا من الاعتبارات الكلينيكية التى تفترض أن الحصول على معلومات من أحد أفراد الأسرة أمر يمكن أن يكون مفيدا فى تقدير كفاءة العلاج .

وأول هذه المعلومات المفيدة ، أن العملاء الذين يُجْبَرُون على الخضوع لعلاج بعينه غالبا ما يمتنعون عن الإدلاء بمعلومات تفصيلية حول شربهم للمسكرات .

ثانياً ، أما المعلومات التى يتم جمعها من أحد أفراد أسرته الثقات حول أحواله وتصرفاته وسلوك شربه للمسكرات ، فإن ذلك يساعد كل من العميل والمعالج على فهم أسباب تحويله للعلاج .

ثالثاً ، وحتى فى حالة التعامل مع عملاء نشيطين ولهم دافعية مرتفعة للعلاج ، فإن وجود أحد أفراد أسرته الثقات يمكن أن يزودنا بمعلومات قد لاتتاح للمدمن ليس بسبب كذبه أو سلوكه المراوغ ، ولكن بسبب مشكلات التذكر والاستدعاء التى يعانى منها كمصاحبات للشرب المتواصل .

ورابعا وأخيراً ، فإن مصدر المعلومات ذو العلاقة الحميمة بالمدمن عادة ما يكون قد شاهده لفترة طويلة وفى بيئات وسياقات اجتماعية متباينة ، ومن ثم قد يكون لديه زخيرة من المشاهدات التى تسهم فى بلورة عدد من الأفكار والتصورات حول المتغيرات والمقدمات التى سبقت التعاطى ودفعته له وعجلت بعملية الشرب .

الاستجابات للشرب وللامتناع عنه :

إن المنظومة الاجتماعية التى يعيش فيها المدمن تمثل أساسا لشبكة علاقاته الاجتماعية التى ربما تزوده بالمساندة والدعم الشديد للتوقف عن الشرب ، أو تيسر له العوامل التى تساعده على الاستمرار فيه على الرغم من العواقب الوخيمة التى تترتب عليه . ومن الممكن أن يكون هذا الدعم بسيطا جدا ، من قبيل التعليقات الإيجابية وألوان التشجيع التى يتلقاها من أصدقائه وبعض أفراد أسرته ، أو الدخول معه فى مناقشات ومفاوضات تفصيلية حول عواقب الاستمرار فى الشرب والنتائج الإيجابية المتوقعة للامتناع عنه . ويساعد منحى الدعم المجتمعى[١] العملاء على الوصول لمصادر الدعم الإيجابية المحتملة (كالتعيين فى وظائف محددة ، والأسر المساندة ، والنوادى الاجتماعية) ، ويعلم العملاء والمشاركين فى البرامج العلاجية مهارات التعايش السلوكية ، ويطور لديهم ألواناً من التعاقد الشخصى التى تيسر لهم الوصول لهذه المصادر التعزيزية ، ومن ثم فإن هذه المصادر تساعدهم على التقليل من الشرب والاعتدال فيه . أضف إلى ما سبق أن أحد أفراد الأسرة الثقات يقوم بدور المراقب لنجاح العميل فى التوقف عن الشرب والاستمرار فى تنفيذ تعهداته الشخصية بعدم الشرب . وتفترض نتائج الدراسات العلمية التى أجريت بهدف اختبار نموذج الدعم المجتمعى أن العملاء سيكونون أكثر نجاحا فى التوقف عن الشرب من المجموعات الضابطة ، وفى الاحتفاظ بوظائفهم والاستمرار فيها ، وتجنب الإقامة بالمستشفيات لتلقى العلاج فترات طويلة أو الدخول للسجن ، والاستمرار فى الإقامة بين أسرهم وذويهم وأصدقائهم .

وبالإضافة إلى تركيز العلاقات الرسمية على التعامل مع المتغيرات البيئية فإنها تركز كذلك على تعليم الأزواج وأعضاء الأسرة الآخرين كيف يسمحون للشارب بشكل طبيعى أن يعايش العواقب السلبية السيئة التى ستحدث له بسبب

(1) Community - Reinforcement approach .

شربه للمسكرات . إن كثيرا من الأزواج أو الزوجات يجتهدون بشدة لحماية أزواجهم (أو الطرف الآخر سواء أكان زوجا أم زوجة) من التعرض لهذه العواقب والنتائج السيئة ، بالمدارة والتغطية عليه وعلى أنماط سلوكه بحيث لا يعرف عنها عمله شيئا ، أو يقومون بدلا منه بأعماله اليومية الروتينية ، أو يكذبون على أصدقائه وأسرته بحيث يخفى عنهم أخبار شربه وما يترتب عليه (Orford et al., 1975) ، ومن ثم فإن التدخلات العلاجية يمكنها أن تعلم أحد أعضاء الأسرة كيفية السماح لهذه الأحداث والعواقب الوخيمة أن تحدث العبرة والعظة . كذلك يمكن لهذه العواقب السيئة أن تزيد من وعى الشارب وإدراكه لمدى حدة مشكلة الشرب وشدتها التى يعانى منها ، وتمده بمزيد من الدافعية لحمله على التغيير الإيجابى .

تقليل هاديات الشرب :

يمكن أن يساعدنا الأشخاص المهمين فى حياة الشارب فى التقليل من أنماط السلوك التى تعمل كشروط أو هاديات أو روابط تخلق داخله المناخ النفسى المهيىء للشرب . مثال ذلك الزوجة التى ترغب أن يتوقف زوجها عن الشرب ، ومن ثم فتقوم بإزعاجه المتواصل وتسبب له باستمرار أنواعا من الضيق والنكد والغم ، عن طريق تذكيره بما يسببه شربه لها وللأسرة من مشكلات ، وتنحصر كل آمالها فى أن ذلك قد يدفعه للتغيير . وهناك الزوج الذى يريد أن يوقف زوجته عن الاستمرار فى الشرب عن طريق السيطرة على سلوكها ، وتقييد حركتها لتصبح فى أضيق الحدود بحيث لا تصل للمسكرات ، أو يقلل من مصروفها وما تحصل عليه من أموال بحيث يصعب عليها شراء الكحولات . وغالبا ما يكون لمثل هذه التصرفات آثارا عكسية ، بحيث لا ينتج عنها إلا الغضب أو دفاع الشارب عن نفسه ، واندفاعه للحصول على مزيد من شرب المسكرات . وعلى الجانب الآخر ، نجد أن مساعدة شركاء الحياة (أزواج كانوا أم زوجات) على تحديد أنماطهم السلوكية ، وعلى إدراكهم لنتائج تصرفاتهم بهدوء ، وتعليمهم بدائل لميولهم واهتماماتهم السيئة ، وانتهاز الفرص التى يكونون فيها مهيئين نفسياً لمناقشة سلوك الشرب برضا وحرية ، يمكن أن يساعدهم بوضوح على التقليل من الشرب .

المساندة للتوقف التام عن الشرب :

يمكن أن يمنحنا الأشخاص المهمين فى حياة المدمن بأشكال عديدة ومتنوعة من أيدى العون والمساندة له أثناء محنته . ومن أهم أشكال المساندة ،

مساعدته على تنفيذ التغير السلوكى الإيجابى الذى وعدهم به ، ومناقشته بجدية فى العوامل والمتغيرات التى تدفعه لمزيد من الشرب ، ومساندته فى تنفيذ خطته التى تستلزم منه تجنب مواقف الشرب التى تعرضه للمخاطرة أو تهيىء له المناخ الملائم للشرب ، أو مساعدته – بناء على رغبته وطلبه – فى التدريب على أنواع من المهارات المعرفية أو السلوكية التى تعيده إلى صوابه وحكمته السابقة .

تغيير علاقاته الاجتماعية :

بالنسبة للعديد من العملاء ، تسبب تفاعلاتهم وعلاقاتهم الاجتماعية السيئة مع أزواجهم وأطفالهم ووالديهم أو أصدقائهم الحميمين المزيد من الميل للشرب ، ولذلك يمثل العلاج الذى يركز على تغيير مثل هذه التفاعلات الشخصية المتبادلة السيئة ، طريقة أخرى يمكن للأشخاص المهمين فى حياة المدمن المشاركة فيها . إن مشاركة هؤلاء الأشخاص المهمين فى حياة المدمن يمكن أن تتمثل فى بعض جوانب العلاج الزواجي والعلاج الأسرى والتدريب على المهارات الوالدية . وتفترض بعض البيانات (McGrady, Stout, Noel, Abrams & Nelson, 1991) أن التركيز على تغيير العلاقات الزواجية خلال فترة تلقى العلاج النفسى والطبى من شرب المسكرات ينتج عنه مزيدا من عدم الإقبال على الشرب ، وحالات من الطلاق والانفصال أقل ، ومزيدا من الرضا الزواجي .

تكوين علاقات اجتماعية جديدة :

إن بعض العملاء ليس متاحا لهم أصلا وجود علاقات ولا منظومات اجتماعية حتى يمكن تعديلها . ومن ثم فإنه من المهم – بالنسبة لهؤلاء – أن نطور طرقا تتيح لهم الفرصة لتكوين منظومات من العلاقات الاجتماعية التى يمكن أن تمدهم بدعم مخالف لعملية الشرب بحيث يساعده على التقليل منها أو الامتناع عنها تماما ، أو بشكل لا يمكنه من الجمع بينهما بحال من الأحوال . وتعد جماعات المساعدة التى وصفناها مسبقا واحدة من المصادر الأساسية للقيام بمثل هذه المساندة وتكوين علاقات اجتماعية جديدة . كذلك فإن الجماعات الدينية التى تحرم تماما استخدام المسكرات ، تمثل أحد أهم المصادر التى إذا انضم إليها ، وانغمس فيها واقتنع بتنفيذ بعض مبادئها ، فإنها ستكون – فى هذه الحالة – من أفضل جماعات المساعدة والعون لتوقفه التام عن الشرب .

كذلك فإن هناك بعض النشاطات الجماعية التى تقف حائلا دون سلوك الشرب أو التقليل منه ، أهمها الدخول فى سباقات ، والجرى ، والسفر ، والمشى ، وسباقات الدراجات الجماعية ، واختراق الضاحية الجماعي . ومن سوء الحظ ، أن بعض هذه الجماعات التى تمارس بعض الرياضات قد يمثل الشرب أحد مظاهر حياتهم الاجتماعية ، ومن ثم فإن المعالج وعميله بحاجة للبحث بعناية عن إحدى الجماعات الرياضية النشيطة التى ترفض شرب المسكرات ، ولا تتضمن معاييرها الجماعية والاجتماعية السماح بشرب المسكرات .

والخلاصة ، أن القرارات المتصلة بالسياق الاجتماعى لعلاج الكحولية تعد قرارات معقدة وصعبة ويجب أن يتضمن التقدير العيادى المبدئى لهذه المشكلة وجود أحد الأشخاص المهمين فى حياة العميل الذى جاء طالبا العلاج (أحد الأشخاص على الأقل) . وينبغى أن يكشف هذا الفحص المبدئى عمّن يكون هذا الشخص ، وبالمصادر الممكنة والمتاحة لبذل سلوك العون والمساندة أثناء فترات العلاج ، وما مصادر الدعم فى حياة هذا العميل . وللأسف فإن كثيرا من العملاء - أو بضعهم - ليس لديهم مثل هذه المصادر وليس فى إمكانهم الحصول عليها أو التوصل إليها ، ومن ثم فإن أمثال هؤلاء يكونون بحاجة لتطوير وتكوين منظومات من العلاقات الاجتماعية الجديدة .

متغيرات المعالج :

إن علاقة المعالج بالعميل والموقف العلاجى الذى يتخذه إزاءه تعد من الأمور المهمة فى أى شكل أو نوع من أنواع العلاج . إن التعاطف والتفهم البادى من قبل المعالج ، والإنصات الفعال ، وغرس الأمل فى نفس العميل ، وبناء الإحساس والثقة بأنه يمكنه التخلص من هذه المشكلة كلية ، وتحديد الأهداف العلاجية الواضحة والتى سيتعاون كل من المعالج والعميل تعاونا حثيثا على تحقيقها ، وسيعملان معا من أجلها ، تعد من الأمور الأساسية لنجاح العلاج (Miller, 1985) . **لقد وضع «ميللر ورولنك (1991) "Rollnick Miller منحى** كاملا للعلاج تحت مسمى «المقابلة الدافعة»[1] والتى تحدد العلاقة العلاجية المبنية على التفهم والتعاطف والنظرة الإيجابية للعميل من قبل المعالج ، فى الوقت الذى يساعد المعالج فيه العميل على خلق إحساس بالتنافر والتعارض بين الموقف

---

(1) Motivational interviewing .

والرغبات الراهنة له وأهدافه الشخصية ، لدفعه وحثه نحو مزيد من التغيير ورفع دافعيته لذلك . وغالبا ما يكون العمل مع العميل الكحولى عملا صعبا ، بسبب كل من سلوكه الشخصى أثناء العلاج وتاريخ شربه المتصل بأنماط من السلوك ربما يراها المعالج ويدركها على أنها بغيضة ومثيرة للاشمئزاز .

كما أن العميل قد يكذب على المعالج أو يقلل من أهمية موضوع الشرب أثناء خضوعه للعلاج ، ومن ثم تصبح العملية العلاجية والعلاقات العلاجية شديدة التعقيد والصعوبة . وإذا ما شارك أحد الزوجيْن فى العلاج ، فإن العلاقة العلاجية تصبح كذلك أكثر تعيقدا ، لأن التعامل مع عميل يعانى من مشكلات كحولية فى وجود شريك لحياته يريد منه التوقف عن الشرب تماما أو تقليله ، أمر سيحتم على المعالج أن يقلل من دور هذا الشريك خوفا من ثورات غضبه على العميل . وربما يحاول هذا الشريك أن يزيد من تحالفه مع المعالج عن طريق ترديد وإعادة تعليقات المعالج على مسامع شريك حياته (العميل) ، وقد يعبر عن غضبه إزاء سلوك يبديه العميل مما يضعهما معا فى موقف مواجهة عنيفة أثناء العلاج ، أو قد ينتج عن هذا السلوك الغاضب حمْل العميل على الإذعان والخضوع ، وقد يجعله عدوانيا على المستوى اللفظى على الأقل أو مسيطرا ، وقد يرفض مشاركة الشريك فى العلاج على الرغم من علاقته الحميمة به .

ويبدو أن اتجاهات المعالج إزاء العميل وما يبديه من أشكال من السلوك المساند ، أمور تدفع فى اتجاه مزيد من نجاح العلاج . وأول هذه الاتجاهات الإيجابية ، الإحساس بالتعاطف والتفهم بما يشعر به العميل . وعلى المعالج أن يطور نوعا من الفهم لخبرة العميل الذاتية التى يدخل بها العلاج لأول مرة ، ويسمح لبعض أشكال السلوك التى تربكه على المستوى الشخصى فى الظهور على الرغم من إنها غالبا تكون غير مقبولة اجتماعيا . ويحتاج المعالج – بالإضافة إلى ما سبق – أن يدرك تماما الصعوبات التى لا تصدق والتى سيواجهها طوال فترات العلاج ومحاولته التغيير من ممارسة الشرب إلى عدم الشرب . وربما يطور المعالج هذا التقبل ببذل محاولات لتغيير السلوك الإدمانى بإدارة العميل ورغبته الشخصية عن طريق إلحاقه باجتماعات إحدى جماعات المساعدة الذاتية ، والإنصات له بعناية .

وثانى أهم المهارات المهمة للمعالج ، هى قدرته على التمييز بين الفرد وأنماط سلوكه المتصلة بالشرب . ويحتاج المعالج لأن يكون قادرا على أن يسمح

لعميله بوصف تصرفاته المتصلة بالشرب من دون أن يشعر بأن المعالج قد يرفضها أو يبدى كراهية لها ، ودون الشعور أيضا بأن المعالج سيتغاضى عنها أو يبغضها أو يوافق عليها ويتقبلها . ويجب على المعالج أن يحرز هذا التوازن الدقيق ، خاصة عندما يصف العميل نوبات الشرب بطريقة مضحكة وهزلية تخبئ وراءها ضروبا من الضيق والغثيان والاشمئزاز . ويحتاج المعالج أن يشجع العميل على مناقشة تصرفاته ، ويحس بمرارة المشاعر السلبية المرتبطة بها ، كعنصر من عناصر دافعيته للتغيير . ويحتاج المعالج فى الوقت نفسه أن يغرس الأمل فى نفس العميل عن طريق توقعه التغيرات الإيجابية المرتبطة بالتغييرات التى تطرأ على سلوك الشرب ، ويؤكد له أنه يمكنه ذلك عن طريق تعلمه مزيدا من مهارات تغيير سلوك الشرب ، وتجاهل معظم أنماط سلوكه المرفوضة اجتماعيا وأخلاقيا ودينيا . وهكذا تكون الرسالة الضمنية التى يرسلها المعالج للعميل ، هى «عليك القيام بعديد من الأشياء عندما يلح عليك الشرب وعندما يضغط عليك فعل العادة حتى لا تمتلئ حياتك بالكرب ، وأن تعمل من أجل الآخرين الذين يساعدونك ويلتفون من حولك» .

«وكونك تعالج فهذا معناه أنك تريد تغيير بعض أمورك السيئة . ومن المهم أن تتحدث عن الأشياء والأمور التى ستؤديها وتقوم بتغييرها أثناء الشرب ، لأنك عندما تكون على وعى شديد بها ، سيتخلق لديك حافز قوى للامتناع عن الشرب والتوقف عن ممارسة هذه الأمور والأفعال والتصرفات المرتبطة به . كما يجب أن تدرك أن قيامك بهذه التغييرات الإيجابية سيستغرق وقتا ربما يكون طويلا وسيحتاج لبذل جهد شديد وكثير من العمل من جانبك ، ولكن اعتقادى الصارم أنك ستنجح إذا ما تمسكت بالعلاج ولزْت به» . ويمكن لمثل هذه الرسالة أن تكون إيجابية فى شأن التغيير ولكنها يمكن أن يكون سلبية بشأن السلوك المتصل بشرب المسكرات.

أما الصفة الثالثة التى ينبغى أن يتحلى بها المعالج فهى الصدق والأمانة . إنه من الصعب على بعض المدمنين والعملاء أن يكونوا صادقين وأمناء ، بسبب شعورهم بالكرب والهم بسبب تاريخ الدعم الطويل لسلوك الشرب اجتماعيا ؛ وبصفة خاصة ، أمانتهم فى وصف نوبات الشرب وأحداثه ، وفشلهم فى أداء واجباتهم المنزلية وغير المنزلية (المهنية) ، ووصف مشاعرهم واتجاهاتهم حول كونهم يخضعون لأحد البرامج العلاجية بسبب سلوك الشرب . ومن ثم يكون على

المعالج أن يدرك مدى صعوبة هذا الأمر بالنسبة لعميل يمر بهذه الخبرة لأول مرة ، ومن ثم صعوبة أن يكون أميناً لأنه اعتاد على الكذب التوافقى طوال حياته الماضية ، ولذا ينبغى أن يتضمن العلاج جزءاً يستهدف تعليم العميل الصدق والأمانة لأنه ليس بحاجة للكذب وسط هذا المناخ العلاجى الآمن المطمئن .

وعلى المعالج أن يجعل من نفسه نموذجا ومثالا حيا وواقعيا للصدق والأمانة. وعلى المعالج أن يتجاهل رائحة الكحول التى يشمها من فم العميل وتنفسه ، وعليه أن يراجع معه الواجب المنزلى الذى يكلفه به أسبوعيا .

ويدخل ضمن العناية بتغيير سلوك العميل السئ ، تعليمه أهمية الإصرار على الوفاء بتعهداته والتزاماته التى قطعها على نفسه ، وأن يتيح المزيد من الفرص التى تمكن كل من المعالج والعميل على تحديد مشكلاته بعناية وإحراز مزيد من التقدم فى العلاج والتخطيط لإنجاحه بكل الوسائل الممكنة .

ولابد أن يكون المعالج قادرا على وضع توقعات معقولة حول مسئوليات العميل إزاء العلاج ، بالإضافة إلى وضع الحدود الملائمة لذلك ، وأهمها : توقع العميل حضوره الجلسات العلاجية المحددة بمواعيد مسبقة ، وأن يتصل بالمعالج هاتفيا إذا عجز عن الحضور قبل الموعد التالى بوقت كاف ، وأن يكون قادرا على تسديد تكاليف العلاج باستمرار ، وأن يحضر جلسات العلاج بسلوك رصين ووقور، وأن يؤدى الواجبات المنزلية المكلف بها . وعلى المعالج أيضا أن يفى بالتزاماته وتعهداته العلاجية بحضور الجلسات فى مواعيدها المحددة ، وأن يكون متاحا لعميله عند اتصاله به هاتفيا ، وأن يتنازل عن بعض الأتعاب عند اللزوم ، وأن يسانده فى كل حين ، وأن يقدِم لعملائه تلك الأنماط والأساليب العلاجية التى تساندها أفضل الأدلة العلمية والتجريبية التى تشير إلى كفاءتها وفعاليتها . وعليه أن يكون واضحا فيما يتصل بالتوقعات الخاصة بسلوك العميل أثناء العلاج ، وهى التوقعات التى تؤكد مدى التزام المعالج بتنفيذ العلاج باعتباره عملية شديدة الجدية والأهمية .

متغيرات العميل :

على المعالج أن يكون على وعى وحساسية بعدد من القضايا والمسائل التى يحضر بها بعض المدمنين الذين يعانون من مشكلات الشرب للعلاج . وفى حين أن بعضا من هذه المسائل انبثقت عنها نتائج البحوث التجريبية ، فإن بعضها الآخر

قد استنتجناه من المشاهدات الكلينيكية ، ومن ثم فإنه يتطلب مزيدا من البحث لجلب مزيد من الثقة والتأييد له .

ومن الجوانب المهمة فى تنفيذ الخطة العلاجية (وذلك وفقا لما طرحناه فى الفقرات السابقة) ، أن يأخذ المعالج فى اعتباره الخبرات العاطفية للعميل ، واعتقاداته واتجاهاته ، والسياق الاجتماعى الذى يتم فيه شرب المسكرات .

ويكون للعميل مجموعة متباينة من ردود الأفعال والأرجاع إزاء إدراكه المبدئى ولأول مرة بأن شربه للمسكرات سيسبب له بعض المشكلات المتباينة . ومن أكثر المشكلات شيوعا فى هذا المجال ، وهى مشكلة تراكمية تمثل نتيجة سلبية له ، تتجسد فى شعوره بأنه لا يستطيع السيطرة على سلوكه وعلى مشاعره ، والشعور بالخزى والعار إزاء تصرفاته وهو تحت تأثير الكحول . وربما تكون تصرفاته غير مقبولة منه ووفقا لمعاييره الشخصية والاجتماعية . ومن هذا القبيل أيضا عجزه عن تحمل مسئولياته المالية أو مسئوليات العمل والوظيفة ، وتجاهله لأسرته وإهماله لها ، وتورطه فى كثير من أفعال العنف الجسمى ، والنطق بألفاظ بذيئة ، وهذه كلها أفعال وتصرفات وأقوال يشعر إزاءها العميل بالذنب الشديد واللوم الشديد لنفسه . إن توقعه بضرورة الاعتراف بهذه التصرفات أمام شخص غريب يعرفه لأول مرة ، يعد أمرا مرعبا ومفزعا ومربكا ، بحيث يكون من الصعب على العملاء مناقشة المشكلات المرتبطة بسلوك الشرب . ولأن عديدا من العملاء يعزون مشكلاتهم لضعفهم أو لعجز فى قوة إرادتهم ، ويعتقدون أنهم لو كانوا أشد قوة وأكثر إرادة ، لما كان لهذه الأحداث أن تقع ، أو لما وقعت هذه الأحداث ، ومن ثم فإنهم يلومون أنفسهم . وهكذا نجد أن بعض العملاء يكون من الصعب عليهم أن يكونوا صادقين وأمناء مع أنهم يريدون ذلك ، ويكونوا حساسين بطريقة غير معتادة للانتقادات الضمنية من قبل المعالج . ويستطيع المعالج أن يخفف من حدة هذه الصعوبة بعمل تعليقات تعاطفية أثناء طرحه تساؤلات محددة ، وعن طريق إعطاء العملاء الفرصة لمعرفة أن كثيرا من تصرفاتهم يعد أمرا شائعا بين المدمنين للشرب ، وعن طريق الأوصاف التى يدلى بها العملاء للتصرفات المرتبطة بالشرب بطريقة مقبولة .

ويتمسك العملاء بعدد من الاعتقادات والاتجاهات المرتبطة بشرب المسكرات ، وضعف قدرتهم على التغيير مما يجعله أمراً صعبا . وللكحوليين توقعات إيجابية حول آثار الكحول وتأثيره على المشاعر والسلوك ، ومن ثم فهم

يتمسكون بهذه الاعتقادات بشدة جوهرية إذا ما قورنوا بغير الكحوليين . ومن ضمن اعتقاداتهم ، أنهم ربما يعزون شربهم للمسسكرات إلى أسباب وإعزاءات خارجية لا علاقة لها بذواتهم وتصرفاتهم ، ومن ثم فهم يعتقدون أنهم غير مسئولين شخصيا عن مشكلة الشرب أو سلوك عدم الشرب . وربما تكون كفاءتهم الذاتية(١) منخفضة ، كفاءتهم الذاتية حول قدرتهم على تغيير سلوك الشرب ، ومن ثم فإنهم يتمسكون بهذه الاعتقادات بشكل أكثر قوة جوهريا إذا ما قورنوا بغير الكحوليين ، كما أنهم يدركون أنفسهم على أنهم يمكنهم معالجة المواقف المرتبطة بالكحول بدون الشرب أو ربما يدركون أنهم لديهم كفاءة ذاتية عالية بشكل غير واقعى ومبالغ فيه وليس له أى أساس من الصحة . وأخيرا ، فإنه إذا ما توقف العملاء عن الشرب ، ثم عادوا لمعاقرته مرة ثانية ، فإنهم سيعانون من التنافر المعرفى(٢) ، وربما يعانون من خبرة «تأثير أو أثر انتهاك الامتناع عن الشرب»(٣) ، والعودة له مرة أخرى (Martatt & Gardon, 1985) ، وهو تأثير يتصف بالأرجاع التفاقمية السلبية ردا على الشرب المبدئى للكحول ، والإدراك الذاتى بأنهم يضربون بامتناعهم عن الشرب عرض الحائط ، وأنهم سيعودون لا محالة إلى أنماط شربهم السابقة .

أهداف علاج شرب المسكرات :

إن المجال الجوهرى الأخير الذى يجب أن نأخذه فى اعتبارنا عند التخطيط لعلاج مشكلة شرب المسكرات هو اختيار وتحديد أهداف علاج شرب المسكرات . ترى المناحى التقليدية لعلاج الكحولية أن تحقيق الامتناع عن الشرب يعد الهدف العلاجى الوحيد والملائم فى الوقت نفسه ، لأن هذه العلاجات التقليدية تنظر لمشكلة الكحولية على أنها مرض تفاقمى يمكن أن يحطّ رحاله فقط بعملية التوقف أو الامتناع عن الشرب . أما المعالجون السلوكيون ، فقد وضعوا أهدافا علاجية بديلة وأكثر تواضعا عن الامتناع عن الشرب كهدف علاجى ، وحاولوا فحصها واختبارها ، وطوروا عددا من الاستراتيجيات لتعليم العملاء كيف يشربون بشكل معتدل ومتوازن ، ولكن بديل تدريب العملاء على الشرب باعتدال هذا يظل علاجا مثيرا للخلاف والجدل الشديدين ، كما أن المعالج الذى يتبنى هذا المنحى

(1) Self-efficacy .

(2) Cognitive dissonance .

(3) Substinece violation effect .

وتقديمه كعلاج للعملاء ، عليه أن يكون دائما على استعداد لتلقى مزيد من الانتقادات العنيفة والقاسية من التيار الأساسى الذى يمثل المجتمع المعالج للكحولية.

ويفترض عدد من الدراسات أن النتائج طويلة الأمد للكحولية تتضمن تقليل الشرب كهدف علاجي وكمرحلة أولى (أنظر مثلا : Helzer et al., 1985; Vaillant, 1983) ، ولكن البيانات والنتائج المتصلة بنجاح التدريب على الشرب المعتدل كهدف علاجى نتائج مختلطة ومتضاربة وليست حاسمة .

ومع ذلك ، قد كشفت دراستان أو ورقتان أن إفساح الفرصة أمام العملاء لاختيار الأهداف العلاجية بأنفسهم يزيد من ثقتهم فى العلاج وخضوعهم له وتنفيذ تعليماته ، مما يحسن النتائج العلاجية (Orford & Keddie, 1986, Ojehegan, & Berglund, 1989) .

لقد ناقش مجتمع المعالجين الامتناع عن الشرب كهدف علاجى مناقشة مستفيضة (راجع : McCrady, 1992; Nathan & McCrady, 1987) ، واستمرت مناقشتى أنا له فترات طويلة ، ومع ذلك انتهيت وانتهى المجتمع العلاجى إلى أن الامتناع عن الشرب يعد الهدف العلاجى الأسْمَى ، لأنه يمكن تعريفه وتحديده بسهولة وبوضوح ، ويمكنه أن يتسق والممارسة العيادية المعتادة ، وأن يتسق والمعايير الاجتماعية كأهداف لعلاج الكحولية فى كل أنحاء العالم . كما أن الموافقة على الشرب المعتدل كهدف علاجى أو تدريب العميل على ضبط الشرب والسيطرة عليه ، ربما يدعم لديه وجهة النظر المشوهة والاعتقاد الخاطئ بأن الكحول مادة مخدرة ذات قيمة رفيعة ، وهى وجهة النظر التى نعتقد أنها لا معقولة وغير منطقية . ومع ذلك فإن توظيف الشرب المنخفض كهدف علاجى ربما يكون هدفا ملائما فى ظل ظروف محددة .

إن الشرب المعتدل ربما يستخدم كهدف مؤقت لانخراط العميل فى العلاج، وربما يستخدم عندما لا يوافق العميل على الإمتناع عن الشرب أو التوقف التام ، ولكنه يريد فقط المساعدة للتغيير ، أو ربما يستخدم عندما يظهر علامات قليلة للاعتماد على الكحول ، ولا تكن لديه أية مشكلات طبية يمكن أن تثير لديه مشاعر الاستمرار فى الشرب ، وعندما يكون صغير السن ، أو مراهقا ، وليس لديه تاريخ أسرى للمشكلة الكحولية . وإذا ما أقدم المعالج والعميل على اختيار الشرب

المعتدل فإن فترة الامتناع الأولية عن الشرب غالبا ما تيسر على العميل إمكانية الشرب باعتدال .

ويجب على المعالج – عند اختيار التدريب على الشرب المعتدل كهدف علاجى – أن يساعد العميل على إدراك العواقب الوخيمة المحتملة للشرب المكثف، وأن يختار بشكل متعقل وهادف وعلمى هدفه العلاجى بنفسه . ويجب على المعالج كذلك أن يدرك أن أى هدف علاجى مبدئى للشرب ينبغى أن ينظر إليه على أنه هدف مؤقت وتجريبى يعاد تقييمه كلما تقدمت مراحل العلاج .

دراسة حالة :

الحالة التى سنقدمها هنا كانت عبارة عن زوجين(١) كانا يعالجا ضمن مشروع بحث لتقييم مناحى علاجية مختلفة ، ومدى كفاءتها فى جعل العملاء يحافظون على مكاسبهم العلاجية ، ويحتفظون بتغيرهم الإيجابى الذى حدث بعد خضوعهما لعلاج سلوكى مشترك(٢) للكحولية .

وكانت عينة الدراسة العلاجية عبارة عن أزواج يُفترض فيهم أنهم متزوجون أو يعيشون عيشة الأزواج(٣) لمدة ستة أشهر على الأقل ، ولا يمكن تصنيفهم ضمن حالات سوء الاستخدام الأولى للمخدرات(٤) ، أو يعانون من زملة الدماغ العضوية الجسمية أو يعانون من اضطرابات عقلية . ولم يكشف الزوج عن أى دليل لسوء استخدام الكحول أو الاعتماد عليه .

وخضع جميع الأزوجات الذين يمثلون عينة الدراسة (التى أخذنا منها هذه الحالة) لعلاج سلوكى مشترك بالعيادة الخارجية لفترة تتراوح بين ١٥ – ١٧ أسبوعا بواقع جلسة واحدة أسبوعيا ، ووافقوا جميعا على إجراء تقدير نفسى عيادى(٥) يمثل دراسة لخط الأساس ، وآخر بعد مرور ثمانية عشر شهرا تمثل فترة المتابعة ، وبعد انتهاء الإجراءات العلاجية .

---

(1) Couple .
(2) Conjoint behavioural treatment .
(3) Cohabitating .
(4) Primary drug abuser .
(5) Clinical psychological assessment .

«كارل Carl" و «ماريا Maria " متزوجان ، ويبلغ عمر كل منهما ٣٢ عاما، أتيا لتلقى علاج نفسى بسبب شرب كارلٍ للمسكرات . وبالنسبة لماريا فقد كانت متوسطة الطول ، ذات شعر طويل أسود جعدى (متموج) ، وذات وزن ثقيل تماما ، فى حين كان كارل متوسط الطول كذلك ، ولكنه كان ذا شعر أشقر ، وكان جسمه نحيلا ، وقد كشف عن بدايات لكبر البطن بسبب كثرة شرب البيرة ، ولكن كان كلاهما شديد الأناقة والجاذبية .

كان كارل أو ماريا متزوجين منذ خمس سنوات ، وقد التقيا معا منذ أحد عشر عاما ، ولديهما طفلان من الذكور ، عمر أولهما ثلاثة أعوام وثانيهما كان عمره عامان . وينتميان لأسرتين متماسكتين على الرغم من أن والد كارل قد مات منذ سنوات عديدة ، وتمتد جذور أسرة كارل للشعب البولندى فى حين كانت ماريا من أسرة لها جذور إيطالية .

ولقد انفصل كارل عن ماريا لمدة خمسة شهور أثناء فترة العلاج . وكان يعيش مع والدته بمنزلها ، بينما كانت ماريا تعيش فى شقة ذات حجرة نوم واحدة بأحد الأحياء الفقيرة مع طفليها . وكانت تعمل مصففة شعر خبيرة فى حين كان كارل يعمل نجارا يصنع أرائك الجلوس للصالات العامة . وكان كارل لا يعمل لأنه لا يريد مساندة ماريا أو طفليها حتى لا ترفع دعوة طلاق . أضف إلى ما سبق أنه إذا لم يعمل لفترة زمنية محددة ، سيكون بمقدوره تقاضى معاش تقاعد من الحكومة ومن الغرفة التجارية ، وكان يعتقد دائما أن هنالك طرقاً سهلة للحصول على المال بلا عمل . وكانت ماريا لا تعمل هى الأخرى لأنها ذكرت أن كارل قال أنه سيخدم الطفلين ويرعاهما بينما أنا التى ستعمل ، وأنها تشعر أنه ليس جادا فى كونه سيأتى لبيتها (فى شقتها) لرعاية الطفلين فعلا . وكانت تعيش على الإعانات الاجتماعية ، وكانت تعمل بعض الوقت فى بعض الأعمال ، وكان كلاهما خريج مدارس عليا .

ولقد أتى الزوجان لتلقى العلاج بإلحاح من ماريا ، لأنها هى التى قرأت إعلانا بجريدة محلية يتصل بوجود عيادة تجرى مشروعاً بحثياً لعلاج الأزواج الكحوليين ، وأقنعت كارل بالحضور للعيادة . لقد اهتمت بمشكلة الشرب التى يعانى منها كارل ، وترى أنها السبب الرئيسى لانفصالهما وتعرضهما للطلاق .

التقدير السلوكي والإطار النظري للحالة :

لقد تم فحص وتشخيص كارل وماريا مستخدمين مناحى عديدة . وكان

فحصهم وتقديرهم الكلينيكى فحصا مكثفا على غير المعتاد فى الممارسة العيادية بسبب انخراطهما فى المشروع البحثى العلاجى ، ومع ذلك كانت العناصر الأساسية فى الفحوص قابلة للتطبيق تماما فى الممارسات الكلينيكية .

التقدير الكلينيكي لمشكلات الشرب :

لقد تم استخدام المقابلة الكلينيكية لتقدير مشكلات الشرب لدى «كارل» وللكشف عن تاريخ الشرب ومدى إدراكه لهذه المشكلات فى الوقت الراهن . وكان يتم استخدام جهاز تحليل الزفير (التنفس) اليدوى[1] فى بداية كل جلسة لقياس مستوى الكحول الراهن فى الدم[2] . وبالإضافة إلى ما سبق تم تطبيق مقابليتين مقننتين هما مقابلة الكشف عن فترات التعاطى السابقة[3] (TLFB; Sobell, Maisto, Sabell, Cooper, & Saunders, 1980) وقطاع الكحول من المقابلة الدولية التشخيصية الشاملة – صيغة سوء استخدام المواد النفسية المخدرة[4] (CIDISAM; Robins,et al., 1988) . ومقياسين للتقدير الذاتى هما اختبار ميتشجان لفرز واكتشاف الحالات الكحولية (Selzer, 1971) ، ومقياس الاعتماد على الكحول (ADS) (Skinner & Allen, 1982) يستخدمان كلاهما للحصول على معلومات كاملة عن شربه للمسكرات وتاريخه بالتفصيل .

ولقد حضرت ماريا جميع جلسات التطبيق وجميع المقابلات ، وذكرت لنا كثير من المعلومات الإضافية ، وتحاول مقابلة الكشف عن فترات الشرب السابقة جمع معلومات دقيقة وموثوق بها عن سلوك الشرب يوميا خلال فترة محددة قبل خضوعه للعلاج . لقد جمعنا معلومات عن سلوك شربه للمسكرات على مدى الستة شهور السابقة على علاجه بما يتفق وأهداف هذه الدراسة ، موجهين العملاء بحيث يتذكرون كذلك الإشارات والهاديات التى كانت تيسر لهم الاستمرار فى هذا السلوك ، مثل الأحداث الاجتماعية البارزة فى حياتهم ، والعلاجات الطبية ، والإجازات ، والمناسبات والأعياد الدينية والاجتماعية والوطنية . وانتهت معلومات هذه المقابلة إلى أن «كارل» كان يشرب المسكرات يوميا طوال الشهور

(1) Hand-held breahalyzer .

(2) Current alcohol level (CAL)

(3) The time line followback interview (TLFB) .

(4) The composite international Diagnostic interview-substance abuse module (CIDI-SAM)

الستة السابقة على العلاج . وكان اليوم الوحيد الذى يتوقف فيه عن الشرب هو اليوم الذى كان أصدقاؤه يمتنعون فيه عن الشرب بسبب الإفلاس أو بسبب الاضطرابات المعدية والمعوية الشديدة (كانوا يصبحون سكرانين أو ثملين ، ويهذون بكلام من قبيل : أنهم بحاجة لمزيد من أدوات وآلات النجارة ، ويعتقدون أنهم بحاجة لمزيد من المخازن وأنهم عليهم اقتحام بعض مخازن النجارة للحصول على هذه الأدوات والآلات) . إن مشروباته الروحية المفضلة هى البيرة والفودكا . ولقد ذكر «كارل» أن أكثر يوم تعددت فيه مرات الشرب كان اثنان وثلاثون مرة ، وكان متوسط عدد مرات شربه المعتاد يتراوح بين عشر واثنتى عشرة مرة يوميا .

أما مقابلة القطاع الكحولى من المقابلة التشخيصية الدولية الشاملة : قسم سوء واستخدام المخدرات ، فكانت تجمع معلومات عن أنماط السلوك الشاذة المرتبطة بالمحكات الضرورية اللازمة للتوصل إلى تشخيص سوء استخدام الكحول أو الاعتماد عليه . وتطابقت حالة «كارل» مع محكات تشخيص الاعتماد على الكحول الواردة فى الطبعة المعدلة من الدليل الإحصائى والتشخيصى للاضطرابات النفسية الصادر عن رابطة الطب النفسى الأمريكية (DSM-III-R, 1987) والطبعة الرابعة (DSM-IV,1994) ، حيث تبين أن «كارل» يشرب الكحولات منذ أن كان طالبا بالمدرسة العليا ، كما تبين أن أول مشكلة عانى منها بسبب شربه للمسكرات ، كانت إنذاره وتهديده بالطرد من عمله ثلاث مرات ، وهى المرات التى توقف فيها عن الشرب اليومى ، اثنتان منهما فى الشهر نفسه الذى كان يبحث فيه عن علاج لمشكلاته ، أما المرة الثالثة التى توقف فيها عن الشرب فكانت بسبب إفلاسه والمعاناة من اضطراباته المعدية والمعوية والمعوية الناتجة عن التسمم الكحولى . أما تهديدات المشرفين على العمل له ، فكانت بسبب تأثير التسمم الكحولى على عمله ، والمشكلات الناتجة عن علاقاته السيئة بزوجته ، وشعورهم بأنه قد أهمل مسئولياته تجاه زوجته وأولاده .

وشعر «كارل» بفقدان الذاكرة المؤقت ، وعند فحصه بإختبار الاعتماد على الكحول (ADS) تبين أنه عانى مرات عديدة من الأعراض الانسحابية المرتبطة بالاعتماد الجسمى على المسكرات ، وأنه كان يشرب الكحول فى الصباح يوميا ، وكان يشعر بالهلع والرعب عندما يتصور أنه لن يكون فى مقدوره الحصول على المخدرات أو الكحول عندما يحتاج إليه ، وكان يتعدد شربه مرات عديدة طوال

اليـوم ، ومع ذلك ، فـقـد ذكـر أنـه لم يشـعـر مطلقـا بأى عـرض من الأعـراض الانسحابية الجسمية الناجمة عن اعتماده على الكحولات . كما ذكر أنه لا يعانى من أية مشكلات صحية أو عاطفية (مزاجية) بسبب شربه للمسكرات . وعندما سألناه عن أهدافـه من العلاج ، ذكـر أنه يريد تقليل الشرب تماما وأن يشرب باعتدال ، فى حين أصرت زوجته على ضرورة التوقف الكامل عن الشرب ، وأن يعمل بكامل إرادته لتحقيق هذا الهدف ، ووافق «كارل» على ذلك .

ومن الأساليب التى استخدمناها فى التقدير الكلينيكى للكشف عن المتغيرات والظروف السابقة على الشرب لدى «كارل» ، استخبار أنماط الشرب[١]: DPQ) Zitter & McCrady, 1979) مشتملا قوائم للظروف ومقدمات الشرب أو إلحاحات الشرب البيئية ، والمعرفية ، والعاطفية والشخصية المتبادلة ، والعوامل الشخصية الذاتية . وأشارت استجابات «كارل» على أسئلة هذا الاستخبار إلى أنه قد خبر جميع مقدمات الشرب خلال الشهور الستة السابقة على العلاج ، وأضافت «ماريا» كثيرا من المعلومات التى تشير إلى آراء «كارل» حول الشرب . كما طلبنا منهما «ماريا وكارل» أن يرتبا - من وجهة نظرهما - أشد هذه المتغيرات والظروف تأثيرا على «كارل» ، وانتهيا إلى أن المتغيرات والظروف البيئية كانت من أكثر المتغيرات أهمية وتأثيرا على مسألة شرب «كارل» ، ومن أهم هذه المتغيرات أماكن الشرب ، كالحانات ، وفى بيت والدته ، وفترات ما بعد الظهر حيث يكون قد أنهى عمله ، وفى المناسبات الاجتماعية والدينية ، وعندما يكون وسط جماعة من الأشخاص الحميمين المشهور عنهم الشرب . أما ثانى مجموعة من هذه المتغيرات البيئية ، فهى هاديات الشرب المرتبطة بعلاقات كارل الاجتماعية مع زوجته ، كالمناقشات الحادة بينهما ، والشعور بالغضب الشديد ، والشعور بالضيق والنكد الشديد ، وعندما يقضون معا أوقاتا سعيدة . وثالث هذه المتغيرات أهمية ، فهى المتغيرات الفسيولوجية . كالشعور بالملل والأرق والتعب الجسمى . وعلى الرغم من إننا استخدمنا «استخبار أنماط الشرب DPQ" فى بحثنا الكلينيكى ، فإننا قد طبقنا استخبارا بديلا يقيس مقدمات الشرب ، ويسمى «قائمة مواقف الشرب»[٢] (IDS;Annis, 1982) وهى عبارة عن قائمة قصيرة تحصر المواقف التى يكثُر فيها الشرب بكثافة .

(1) Drinking patterns questionnaire (DPQ) .

(2) Inventory of drinking situations (IDS) .

ولقد استخدم «كارل» بطاقات التسجيل الذاتى[1] أثناء العلاج لتسجيل عدد مرات الشرب وعدد مرات الإلحاح . وبمراجعة المعلومات التى سجلها فى هذه البطاقات والأحداث البارزة المرتبطة بشربه وعدد مرات الإلحاح ، تبين بوضوح أن أصدقاءه الحميمين الذين يشربون بكثافة كانوا من أهم المتغيرات الاجتماعية الدافعة له للشرب . كما كشفت بطاقات التسجيل عن أن شعوره بالملل والاستياء والضجر كان من أهم المتغيرات المرتبطة بإقباله على الشرب . وعندما يكون مع زوجته بالبيت ، يكون طفليهما فى أوج نشاطهما الشديد مما يجعله يترك المنزل ويذهب لأى مكان آخر . وهو لا يكره الشعور بالضجر والملل والقلق والاستثارة لكى يبرر إقباله على الشرب ومن ثم يقتل هذا الملل والقلق . وأخيراً ، اتضح من مناقشة نوبات الشرب الشديدة التى تعتريه والتى تم تسجيلها فى بطاقات التسجيل، أن كارل يشعر بإلحاح الشرب عندما تذكره ماريا ببعض الأخطاء والمشكلات التى سببها لها ولطفليه (كعدم شراء بعض الكتب واللعب لطفليه) وعندما تحاول دفعه لتحمل بعض مسئولياته أو يتحمل تبعات بعض تصرفاته أو عندما يشعر أنه يوشك أن يقع فى مشكلة حتى لو لم تكن متصلة بزوجته وطفليه ، وحتى لو لم تبد «ماريا» أى شئ واضح .

وتم استخدام الاستخبارات وبطاقات التسجيل الذاتى أيضا لتقدير مدى تعايش «ماريا» مع شرب «كارل» فقد سجلت بنفسها إدراكاتها لشربه يوميا على مقياس «ليكرت» الرباعى (لا يشرب ، أو يشرب قليلا ، أو يشرب باعتدال ، أو يشرب بكثرة) ، كما سجلت مدى رضاها الزواجى يوميا . وتم مناقشة استجاباتها وتصرفاتها السابقة على نوبات شربه والتالية له فى الجلسات العلاجية . وبالإضافة إلى هذا ، فقد أجاب كلاهما على الصيغة المعدلة لاستخبار سلوك الزوج[2] (SBQ:Orford et al., 1975) ، وأشارت درجاتهما عليه إلى المدى الذى تدخل فيه أنماط السلوك المتباين فى مشكلة شرب كارل وبشكل متكرر ، ويمكن النظر إلى هذه الأنماط السلوكية على أنها مقدمات للشرب أو عواقب إيجابية له ، أو نواتج سلبية له ، أو نتائج إيجابية للتوقف عن الشرب ، أو أنماط من سلوك حماية الذات ، أو أنماط من السلوك الإيجابى . واتضح من كل مصادر

(1) Self-recording cards .

(2) Spouse behaviour questionnaire (SBQ)

البيانات السابقة أن «ماريا» كانت تسأل «كارل» عن كل تصرفاته وتناقشه فيها ، وتهدده باستمرار إذا لم يمتنع عن الشرب ، وكانت تتودد إليه وتناشده وتتوسل إليه ألا يشرب ، وقد انعكست تصرفاتها إزاء شربه فى عدد من الطرق السلبية ، أهمها الانفصال عنه وهجره ، واستدعاء الشرطة ، ورفض الجماع الجنسى . وفى الوقت نفسه كانت تبذل مجهودا خارقا لمساندته وتشجيعه للتوقف عن الشرب بعمل أشياء لطيفة له ، أو التحدث معه عن أشياء وخبرات إيجابية يمكنهما الاستمتاع بها معا إذا توقف عن الشرب .

العلاقات الزواجية :

وبالإضافة إلى تحديد مشكلة الشرب لدى كارل وتقييمها وتشخيصها جيدا ، فحصنا أيضا علاقاته بزوجته . وقمنا بتقدير العلاقات الزواجية باستخدام «استخبار مجالات التغيير»[١] (Margolin, Tabovic & Weinstein, 1983) ومقياس التوافق الزواجى أو الثنائى[٢] (Spanier, 1976) ، ومراجعة شريط تلفازى (فيلم) مسجل لمناقشة مشكلات علاقاتهما الزواجية . وتبين أن «ماريا» كان لها عدد من الاهتمامات المتصلة بهذه العلاقات السيئة ، تبدت عند مناقشة انفصالها وهجرها لزوجها ، وبالإضافة إلى مشكلة شرب «كارل» فكانت مهتمة بعجزه الشديد عن تحمل المسئولية ، وعدم رضاه وقلقه بشأن وظيفته ، وعجزه عن رعاية طفليه ، وعجزه عن استقلاله عن والدته .

وتشعر «ماريا» بصفة عامة أن «كارل» لا يستطيع الاستجابة ولا التفاعل مع المساندة المادية والحسية والعاطفية التى تقدمها له . وكان الشأن أو الهم الثانى الذى عبرت عنه «ماريا» يرتبط بتعريفات أدوارها وتحديدها ، فقد شعرت أن «كارل» يملى عليها شروطه ويحدد لها أدوارها وأنها هى التى سمحت له بذلك ، وكانت غالبا ما تشعر بالغضب والامتعاض نتيجة لذلك . وكان همها الثالث والأخير يرتبط بوالدة «كارل» حيث ترى ماريا أنها تعد مشكلة ، فقد ذكرت أنها تمثل له دور «المحامى» والمدافع والمنقذ له من مشكلاته ومن يد العدالة ، ولا تجعله يتحمل تبعاته ومسئولياته . وأقرّت «ماريا» أنهما عندما تواعدا معا لأول ، كانا يحبان الشرب ، وكانا يمكثان فترات طويلة معا ولا يعودان إلا فى ساعة متأخرة من الليل ، وكانا يركبان دراجات بخارية سريعة ، ويقضيان أوقاتا فى

(1) The areas of change questionnaire (ACQ)

(2) Dyadic adjustment scale .

غاية السعادة ، ولكنها كانت ترى أن قضاء هذه الأوقات معه كان الهدف منه التقدم للأمام فى حياتهما والزواج والحصول على مكان يجمعهما معا .

أما «كارل» فقد كانت همومه الزواجية أقل كثيرا ، فقد كان يكره مضايقاتها له وتنكيدها عليه بسبب مشكلة شربه للمسكرات ، وصاغ ذلك فى عبارة واحدة مفادها «إننى لو كان لى زوجة أخرى ما عانيت أبدا من مشكلة الشرب» . كما يكره إصرارها على مناقشة موضوعات الشرب باستفاضة ، ويكره تغير اتجاهاتها نحوه عندما يشرب .

وبمشاهدة الشريط التلفازى المسجل بشأن تفاعلاتهما ، اتضح أنهما يعانيان من عدد من مشكلات التخاطب ، فهما يقاطعان بعضهما أثناء الحديث باستمرار ولا يصغيان أبدا لتعليقات بعضهما وآراهما . وغالبا ما يوجهان لبعضهما آراء وأحكاما ساخرة وقاسية وبشكل متكرر ، ولكن عادة ما تصدر بطريقة مضحكة وممتعة وهزلية . وتشكو «ماريا» من كثرة مسئولياتها ، بينما «كارل» كان دائم النقد لها بأنها لا تستطيع إنجاز كل مسئولياتها ، وكان يرفض مشاركتها تحمل هذه المسئوليات ، ويرفض حتى مجرد معرفة أو السماع لكل المسئوليات التى تقوم بها .

وعلى الرغم من معاناتهما من مشكلاتهما الزواجية ، فإنهما كان يستمتعان بوضوح بصحبة كل منهما للآخر ، ويشاركان معا فى العديد من النشاطات والأحداث السارة (كالصيد ، والذهاب إلى الحدائق العامة مع طفليهما) ، ويستمتعان معا بعلاقات جنسية إيجابية وممتازة . وأقرت «ماريا» بشأن علاقاتهما «أننا دائما ما نكون سعداء عندما لا يكون لى أى طلبات من أى نوع» .

الصياغة السلوكية للمشكلات :

ظهر جليا أن مشكلة شرب «كارل» تطورت فى سياق اجتماعى ، فقد حدثت معظم مرات الشرب واقعيا مع جماعات اجتماعية تتشابه جميعها فى طرق الشرب ونظمه . وكانت كل طرق الشرب تدعمها بوضوح هذه التفاعلات الاجتماعية الإيجابية ، سواء أكانت مع أصدقائه أم أثناء تكوين علاقاته الأولى مع «ماريا» . ونشأت لديه عملية «التحمل»[1] لمزيد من شرب الكحول ، ولذا فقد كانت تتزايد لديه بشدة الحاجة لمزيد من الكميات ، والشرب اليومى المتكرر مع ظهور

(1) Tolerance .

بعض علامات الاعتماد على المسكرات . وبسبب شرب «كارل» للمسكرات ، اكتسب عددا من النواتج الإيجابية ، منها أنه كان يستمتع بالروائح والمذوقات والأطعمة والإحساسات المرتبطة بمشكلة الشرب ، وكان يستمتع بالسياق الاجتماعي للشرب، وكان يحب مشاعر الاسترخاء التى يولدها الشرب . وعلى الرغم من أنه قد تراكم لديه عدد من عواقب الشرب السلبية ، فلم تسبب عاقبة واحدة منها له أى تأثير على إدراكاته الداخلية لذاته أو للكحول . وكانت عواقب الشرب تؤثر عليه سلبيا – من وجهة نظره – بسبب الآخرين من أمثال رجال الشرطة ، والمشرفين عليه فى العمل ، وزوجته . وكان «كارل» قادرا على تجنب معظم المشكلات التى تترتب على شربه للمسكرات وتصرفاته السيئة المرتبطة به فى فترات عديدة من حياته . فعندما يعجز عن العمل ، كان يستطيع العيش مع والدته ، التى كانت تؤويه وتنقذه من العواقب الوخيمة لعدم ممارسته لعمله ، وكانت توفر له المأوى والأكل .

وعندما كانت تطلب منه زوجته أى طلبات أو تلزمه ببعض المسئوليات أو إنجاز بعض المهمات ، كان ينفر منها ويتجنبها أو يتجاهلها ويهملها . وقد برزت لديه المشكلات المرتبطة بشربه للكحول إلى حد ما وتطورت عبر مراحل عديدة من التفاعلات الاجتماعية بينه وبين زوجته «ماريا» فهى كان لديها استعداد كبير للنضج والمحافظة على حياتهما بشكل رشيد مع مزيد من تحمل المسئوليات والطموح لتحقيق أهداف طويلة المدى ، بينما كان «كارل» – على العكس منها والنقيض التام – لأنه كان يريد الاحتفاظ بأسلوب حياة شاب فى العشرين من عمره بكل أشكال هذا الأسلوب وأنماطه .

وعلى الرغم من تعليلات «كارل» الخارجية لمشكلاته وقدرته على تجنب العواقب الوخيمة للشرب ولعجزه عن تحمل مسئولياته ، كانت زوجته وطفليه مهمين جدا له ، ولا يريد لهم أبدا الخروج من حياته . ولهذا ، فهو قد حضر للعلاج للاحتفاظ بهذه التعزيزات والمدعمات المرغوبة من جانبه ، ولكن ليس ضروريا من وجهة نظره أن يقوم بتغيرات سلوكية ترى زوجته أنها ضرورية بالنسبة لهم للإبقاء على الأسرة والزواج الناجح طويل المدى . ولأن العلاج تقدم فى جلساته ، فإن «كارل» قد انخرط فى تنوع من الممارسات والمناورات للاحتفاظ بعلاقاته الاجتماعية ، ولكنه كان يتجنب التغير والتغيير السلوكى ، ويتجنب زوجته، وكان المعالج يدعم هذه الأنماط السلوكية خلال هذه الأوقات .

أما «ماريا» فقد كان لديها مخزون محدود جدا للحصول على مدعمات إيجابية لنفسها ، فقد بدت متوقعة الحصول على مشاعر أكثر إيجابية تحصل عليها من مصادر خارجية وليس من داخلها ، وكانت تعرف فقط النكد والسخرية والنقد اللاذع ، وأنماط من السلوك اللفظى ، حيث كانت تستخدمها فى محاولاتها للحصول على ما تريد . ولقد دعمت «ماريا» استمرار «كارل» فى سلوك الشرب ، بسبب اشتباكها معه باستمرار وبسبب تفاعلاتها الاجتماعية الإيجابية السابقة معه، ولكنها فى الوقت نفسه ، قد تورطت فى الوقوع فى مجموعة من أنماط السلوك اللفظى السلبى المنفر ، فقد وضعت مسئولية وشرطا حّد كثيرا من سعادتها معه ، حيث قررت أنها لن تستطيع العمل ولا المشاركة معه فى أى شئ ممتع (حتى ولو كان هذا الأمر يجلب لها متعة لا حدود لها) حتى يتوقف عن الشرب ويتحمل بعض المسئوليات وقررت له أنها لن تنقص وزنها أبدا حتى يتوقف عن الشرب ، ولن تكف عن قلقها ونكدها عنه مادام يواصل سلوك شرب المسكرات .

وفيما يتعلق بهما كزوجيْن ، فإنهما يعانيان كلاهما من ضعف فى المهارات اللفظية التى تساعدهما على مناقشة مشكلاتهما الأساسية والجوهرية السابقة بوضوح وعناية ، وأهمها : السيطرة العكسية والمضادة لبعضهما بعضا ، وتجنب تحمل المسئوليات ، وضعف التواصل والتخاطب المتفهم الذى تتسم به تفاعلاتهما الاجتماعية معا .

تجهيز العميل للتغيير :

لقد كنا نرى «كارل» و «ماريا» معا فى جميع مراحل التقييم ؛ فقد سألناهما كلاهما – فى مرحلة التقييم المبدئى – أن يصفا لنا كلاهما إدراكاتهما لمشكلة شرب كارل ، ويصفا إدراكاتهما لعلاقاتهما الاجتماعية معا ، وإلى أى مدى حاول كل منهما أن يتعايش مع مشكلة شرب كارل – وبدأت عند رؤيتهما معا فى توصيل وجهة نظرى لهما ، ومؤداها أن مشكلة الشرب تتصل اتصالا وثيقا بعلاقاتهما وتفاعلاتهما الاجتماعية ، وأن كليْهما بحاجة لفحص وإعادة النظر فى أنماط سلوكه التى يصدرها إزاء الآخر ، بحيث يمكن أن تتدخل فى تشكيل السلوك الإيجابى الجديد وفى تشكيل كل التغييرات الإيجابية الأخرى .

وفى نهاية هذه المرحلة ، زودتهما بمعلومات عن الصعوبات والمشكلات الأساسية التى سجلتها وأدركتها (كما لخصتها فى الفقرات السابقة) ، ووجهتهما

للتركيز على خطة العلاج ، وغطيت خلال مناقشاتى معهما لخطة العلاج ، النقاط التالية :

«لقد طلبت منكما أن تأتيا لتلقى العلاج كزوجين ، هذا لأنكما كما تعرفان أن مشكلة شرب كارل للمسكرات تؤثر على مجالات كثيرة فى حياتكما بما ذلك مستقبل زواجكما وأسرتكما . ولقد علمت مما ذكرتيه لى يا «ماريا» أنك حاولت بشتى الطرق التعايش مع شرب «كارل» ، وأنك عانيت نوبات كثيرة من الغضب والإحباط مرات عديدة . ومن الواضح أنك حاولت بذل المساعدة ، ولكن يبدو أنك يا «كارل» كنت تغتاظ دائما عندما كانت «ماريا» تتحدث معك فى أى شئ يتصل بالشرب . وسوف نبحث خلال العلاج مشكلة شريك ، وإلي أى مدى حاولت مواجهتها والتعايش معها ، وإلى أى مدى حاول كلا منكما التعايش مع الآخر كزوجين . والآن كلاكما منفصلان ، ولديكما كثير من الهموم حول علاقاتكما الاجتماعية . ولأننا سنحاول التقدم فى العلاج بجدية ، فسوف أمدكما بمعلومات تتعلمون منها كيف تحسنون عملية التواصل والتخاطب بينكما ، وسأطلب منكما تجريب طرق جديدة لقضاء أوقات سعيدة معا ومناقشة مشكلاتكما» .

«وعموما سيركز العلاج على ثلاثة موضوعات أساسية هى : مشكلات شريك ، وإلى أى مدى ستتعايش «ماريا» معها ، وإلى أى مدى ستتعايشان مع الطرق التى ستجعل الحياة بينكما «تسير إلى الأحسن والأفضل دائما ، وعلاقاتكما الاجتماعية كلاكما مع الآخر» .

وبالإضافة إلى هذا التوجه العام حيث يشعر كل من «كارل» و «ماريا» أنهما أسرى أهدافهما العلاجية ، فقد ناقشنا أهداف علاج كارل من شرب المسكرات بالتفصيل ، وخططنا لكيفية تنفيذ هذه الأهداف . وكما ذكرنا مسبقا ، فإن الهدف العلاجى المفضل لدى كارل هو الوصول لنوع من التوسط والاعتدال فى الشرب . ومع ذلك فإن ماريا قد شعرت بشدة أنها تريده أن يمتنع تماما عن الشرب ، وقد وافق كارل على هذا الهدف قبل أن يأتى للعلاج . ولأنه اعتاد الشرب يوميا ، وكشف الدليل التشخيصى عن حدوث ظاهرة التحمل للمسكرات ، فأدركت أنه سيعجز عن التوقف عن الشرب من دون مساعدة . ولذلك ناقشت معه مدى إمكانية إزالة سمومه الكحولية تحت إشراف طبى ، وفقا لما يلى :

«إننى أدرك يا كارل أنه سيكون من الصعب عليك التوقف عن الشرب بمفردك ، لأنك تشرب يوميا ، وتشرب كثيرا منذ مدة طويلة . وأشارت إجاباتك على الاستخبارات أنك تصاب بالرعب والفزع إذا ما اعتقدت أنك لن تكون فى مقدورك الحصول على الكحول ، وأنك لن تشرب طوال اليوم . وتجعلنى كل هذه الأمور أعتقد أنك دائما ما تكون فى حالة «شبق وتشوق» للكحول ، وأن جسمك سيكون له أرجاع قوية عندما تتوقف عن الشرب تماما . إن أسهل الطرق لتعيش خلال الأيام القليلة القادمة من دون شرب ، أن تخضع لأحد برامج مستشفيات إزالة التسمم من جسمك ، وأرجو أن تأخذ هذه الخطوة بكل جدية» .

ولكن كان رد فعل «كارل» إزاء فكرة الإقامة بالمستشفى سلبيا ، وبدا خائفا من فكرة التوقف التام عن الشرب ، قائلا : «أعرف أننى إذا توقفت عن الشرب ، سأصاب بالجنون . وأعرف أننى لم أستطيع العيش ولا التوقف عن الشرب . وعلى أن أغادر المكان بعد أربع وعشرين ساعة . إنها فكرة ليست جيدة» .

لقد كنت شديدة الاهتمام بانخراط العميل فى العلاج السلوكى ، وكنت أعمل من أجل تطوير موافقته على الأهداف العلاجية وضمان استمراريتها ، ولذلك رأيت أنه من غير المناسب له محاولة دفعه للالتحاق بمركز إزالة التسمم . وكنت متأكدة أنه إذا ما دخل كارل المستشفى وأقام بها لمدة قصيرة بوصفه شرطا للحصول على مزيد من العلاج السلوكى ، فإنه سيترك العلاج تماما . ولذلك وضعنا خطة لامتناعه عن شرب المسكرات من دون إقامة بالمستشفى ، وكان لهذه الخطة عنصران أساسيان هما :

(١) لابد أن يأتى كارل لجلسات العلاج معتدلا فى شربه ، وأن يقيس مستوى الكحول فى الدم بالجهاز المخصص لذلك .

(٢) لابد أن يضع كارل بنفسه مجموعة من الأهداف العلاجية يقلل وفقا لها من كميات شربه ، وعدد المرات باستمرار بحيث يتوقف تماما عنه خلال ستة أسابيع . وإذا لم يكن بمقدوره إنجاز أحد هذه الأهداف العلاجية ، سنعيد تقييم مدى حاجته لإزالة التسمم الكحولى من جسمه طبيا . ووافق كل من كارل وماريا على هذا الهدف العلاجى ، وتعهدا بتنفيذه .

عملية العلاج :

قدمنا وصفا تفصيليا لكل عناصر العملية العلاجية تباعا ، لنمد القارئ بأوضح صورة للتقدم فيها والمشكلات التى سيتصدى هذا العلاج للقضاء عليها لدى حالة بعينها . وستغطى العملية العلاجية مجالات أساسية عديدة ، تتضمن :

(١) إجراءات تيسير تقليل كارل للشرب ثم التوقف الكامل .

(٢) أساليب تعليم كارل المهارات التى تساعده على الاستمرار فى الاحتفاظ بالتوقف عن الشرب .

(٣) أساليب لتفعيل إدراك كارل بأن الشرب يمثل المشكلة الأساسية التى تسبب له كل المعاناة فى الحياة .

(٤) إجراءات لتعليم كل من الزوجين الانخراط فى تفاعلات اجتماعية إيجابية .

(٥) إجراءات لتعليم الزوجين أساليب حل المشكلات بالتعاون معا وليس بالتنافس أو بالعنف .

وبالإضافة إلى ما سبق ، ومع تقدم العملية العلاجية ، ركزنا على بعض مجالات التغيير السلوكى الفردى والإيجابى لدى ماريا .

المقابلة التمهيدية والجلستان الأولي والثانية :

تبين من جلسة المقابلة التمهيدية أن مستوى الكحول فى دم «كارل» كان معدله أكثر من أربعمائة ميلليجرام بالمائة (٤٠٠ ٪) . وعلى الرغم من أنه لم تظهر عليه أعراض وعلامات التسمم الكحولى الشديد ، فإنه كان يقاوم آثاره بضراوة لدرجة أن المعالج الذى أجرى له المقابلة التمهيدية لم يشعر قط أنه استطاع استكمالها بسهولة مما يدل على أن حالته سيئة .

ولذلك فقد اقترح عليه المعالج ضرورة تلقى خدمة طبية متخصصة لأن مستوى الكحول فى الدم شديد الارتفاع ، ولكن كارل رفض مما دفع المعالج لإعادة إجراء المقابلة التمهيدية . وعند إجرائها كان كارل متزنا وكان قادرا على تقديم المعلومات اللازمة ، وقدم موافقة كتابية (أو رسمية) للمشاركة فى كل عناصر البرنامج البحثى العلاجى ، ووافق على تحديد موعد جلسة جمع بيانات خط الأساس التى ظهر منها أنه كان يشرب خلالها باعتدال ، وكان متزنا ووقورا.

ومع ذلك تبين فى الجلسة العلاجية الأولى أن مستوى الكحول فى دمه وللمرة الثانية لازال يواصل ارتفاعه (٠,١٢جم) . وقد ذكر كارل فقط أنه تناول

(كأسين من البيرة) وأصر أنه بحالة جيدة . ولقد تناقشت عن اهتمامات وهموم وأهداف كارل وماريا ، ولكننى أخبرته أننا لم نكن قادرين على إجراء جلسة إنتاجية بشكل كاف بسبب ارتفاع مستوى الكحول فى الدم . (وكانت خطتى العامة إذا كان مستوى الكحول في الدم أعلى من ٠,٥جم ، أن نقلل من طول الجلسة العلاجية أو نضع حدا لهذه المسألة) . ووافق كارل أن يحضر الجلسة التالية معتدل الشرب ، وألا يشرب سوى أربع مرات فى اليوم ، وأعطيت كارل وماريا بطاقات للتسجيل الذاتى ، وطلبت منهما أن يسجلا عدد مرات الشرب ، وعدد مرات إلحاحاته ، ورضاهما الزواجى يوميا . ولقد أعطيت كارل بطاقة لكل يوم ، وطلبت منه أن يسجِل كل مرة شرب فيها كحولا بالفعل ، وأن يضع عدد مرات الإلحاح التى لم يتلها بالشرب الفعلى ، وأن يسجل على ظهر البطاقة أو الوجه الآخر لها المواقف التى شرب فيها أو الإلحاح النفسى للشرب . ويعرض الشكل (١ – ٩) لإحدى بطاقات التسجيل الذاتى لعينة من سلوك شرب الكحول .

الاسـم : ....

التاريخ : ....

شرب المسكرات الفعلى			إلحاحات الشرب	
الفترة الزمنية	نمط الشرب	عدد المرات	الفترة الزمنية	قوة الالحاح(١–٧)

التعليقات : ....

....

الرضا الزواجى : ....

....

شكل (١ – ٩) بطاقة التسجيل الذاتى لعينة من سلوك شرب الكحول

وتسلمت ماريا إحدى بطاقات التسجيل لاستخدامها على مدى أسبوع كامل، وطلبنا منها أن تضع تقديرا يوميا لشرب كارل وفقا لمقياس رباعى يتدرج من عدم الشرب نهائيا ، أو الشرب الخفيف ، أو الشرب المعتدل أو الشرب المكثف، كما طلب منها تسجيل تقدير درجة إلحاحات الشرب وقوته يوميا . كذلك عليها أن تضع تقديرا يوميا أيضاً لمدى رضاها الزواجى . ويعرض الشكل (٢ – ٩) لإحدى بطاقات التسجيل الذاتى لعينة مع العلاقات بين الزوجين .

معدل الشرب يتدرج من : عدم الشرب ، أو شرب قليل ، أو معتدل ، أو مكثف . ومعدل قوة الإلحاح : صفر (لا توجد) وحتى الدرجة ٧ (أعلى درجات الإلحاح) . ومعدل الرضا الزواجى : صفر (منخفض جدا) وحتى الدرجة ٧ (أعلى درجات الرضا الزواجى) .

اليوم	التاريخ	حـــدة الشـــرب	قوة الإلحاح	الرضا الزواجى
		لايوجد منخفض معتدل مكثف	٠ ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧	٠ ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧
		لايوجد منخفض معتدل مكثف	٠ ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧	٠ ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧
		لايوجد منخفض معتدل مكثف	٠ ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧	٠ ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧
		لايوجد منخفض معتدل مكثف	٠ ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧	٠ ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧
		لايوجد منخفض معتدل مكثف	٠ ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧	٠ ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧
		لايوجد منخفض معتدل مكثف	٠ ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧	٠ ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧

شكل (٢ – ٩) بطاقة التسجيل الذاتى لعينة من سلوك الزوج كما تراه الزوجة

وعندما حضرا كارل وماريا إلى الجلسة الثانية ، وجد المعالج – للمرة الثانية – أن مستوى الكحول فى الدم كان أكثر ارتفاعا ، حيث بلغ معدله ٠,٠٦جم . وقرر كارل بأنه شرب بالفعل أربع مرات بيرة فى اليوم . واستمرت مناقشاتنا معه فى موضوع تسمم جسمه بالكحول ، وهو الموضوع الذى تحدثنا فيه مسبقا . وذكر «كارل» أنه يشعر بأنه أدمن الكحول واعتمد عليه . وبادر باقتراح مفاده ضرورة أن يأخذ فى حسابه الاهتمام بالتسمم الكحولى ، واتفقنا على إجراء حوار هاتفى لمناقشة هذه المسألة بشكل أكثر استفاضة . وبعد التحدث هاتفيا مرتان

، وقرر «كارل» للمرة الثانية أنه لا يريد مطلقا الإقامة بالمستشفى بهدف إزالة السموم من جسمه . كما أنه لم يستخدم بطاقات التسجيل الذاتى خلال الأسبوعين الأوليْين ، على الرغم من أن «ماريا» ملأتْها له أثناء قطعهما الطريق من بيتهما لمركز العلاج وقيادتهما السيارة لحضور الجلسة العلاجية المقررة . ولذلك ، فإننى لم أشعر أننى حصلت على صورة واضحة لشرب «كارل» ، ولكن الأمر الذى كان واضحا لى أنه لازال مستمرا فى الشرب يوميا .

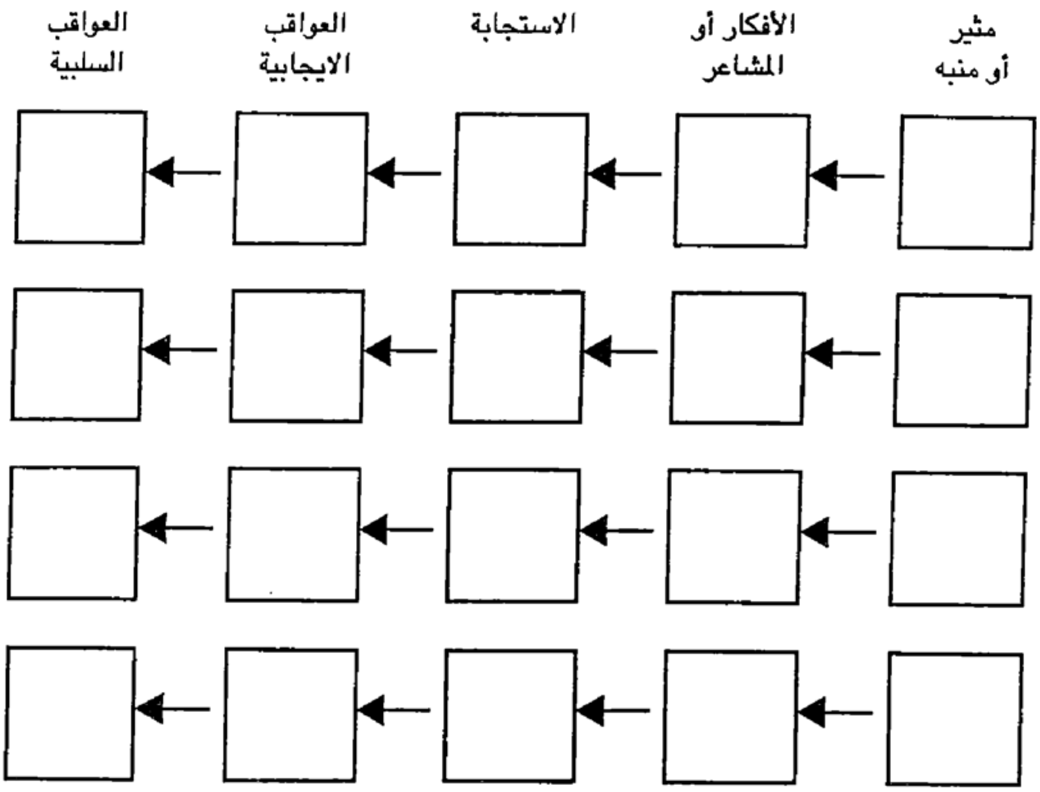
الجلسات الثالثة والرابعة والخامسة :

حضر كارل إلى الجلسة الثالثة بمستوى صفر من الكحول فى دمه . وكررّ مرة ثانية بأنه يرغب فى التوقف عن الشرب وإزالة السموم الكحولية من دون إقامة بالمستشفى ، ومن ثم فقد أكدت عليه ضرورة تنفيذ تفاصيل التعاقد العلاجى الذى تحدثنا معه فيه مسبقا فى هذا الفصل ، (وهو ضرورة الامتناع عن الشرب خلال الجلسات العلاجية ، وأن يتوقف تماما عن الشرب خلال ستة أسابيع من بداية العلاج) . وقد ناقشت معه – فى هذه الجلسة – بالإضافة إلى تحديد الأهداف العلاجية ، النظرة السلوكية – التحليلية للشرب . ولكى نضع الزوجيْن معا على طريق التفكير السلوكى فى مشكلة الشرب الكحولى ، ناقشت معهما الآتى:

«علينا أن نقوم معا بمشاهدة وتسجيل وتحليل جميع العوامل التى تبدو أنها تمثل جزءاً من مشكلة الشرب بعناية شديدة . وأعتقد أننا يمكننا فحص مشكلة شريك واستنباط أنواع المواقف التى تقودك وتتأملْها بعناية ، ووضع بدائل لها لا ترتبط بالشرب ، وسنستخدم مجموعة من الأوراق تسمى «الصفحات المنبه أو المثير» لتحليل سلوك شريك . دعنا الآن نقوم بالتدريب على واحدة من هذه الصفحات» .

بعد ذلك طلبت من «كارل» أن يحدد مواقف الشرب التى مرّ بها منذ فترة وجيزة ، فأشار إلى أنه يحب شرب الكحولات ويقبل عليها عندما يمارس هواية الصيد ، ولذلك فقد استخدمنا الصيد كمثال لأحد هذه المواقف . وشرحْت له أنه عند فحص أحد مواقف الشرب ، سنفحص الموقف الفعلى (الحقيقى) ، ونتبين معك كيف تصرفت فيه . وكما اتفقنا ، فقد أكملت معه المربعات المرسومة على «صفحة المنبهات أو المثيرات» ، التى يوضحها الشكل (٣ – ٩) .

(ويشير بعض المعالجين – من أمثال «مارلات - Marlatt" و «جوردون Gorden" ، ١٩٨٥ ، إلى هذه الموقف على أنهـا هى التى ترفع درجة الميل والدافعية لدى العميل بحيث يقبل بشراهة على التعاطى أو شرب المسكرات . ويرى «كارل» أنه ليس واقعا تحت تأثير أى موقف أو ضغط أو تأثير من أى نوع ، وإنما يعتقد أنه بإمكانه تجنب الشرب فى أى وقت مادام يريد ذلك ، ويفعله بإرادته . ولهذا السبب، اخترت أن نتحدث عن مثيرات أو منبهات كمواقف من المحتمل أن تكون هى المحرضة له على الشرب) . ومن الواضح أن «كارل» ليست لديه رؤية نفسية واضحة لمشكلة شربه ، لأنه وصف لنا معتقداته وأفكاره حول الكحول وأنهاها بقوله : «أريد بعض البيرة ، وكانت مشاعره تجعله يبدو سعيدا» . كما أنه يعتقد أن الشرب يسبب له نتائج إيجابية واضحة ، حيث ذكر أن «الشرب يعطيه بل ويفجر لديه طاقة لا حدود لها» . وهو يشعر أن العاقبة والمشكلة الوخيمة الوحيدة والسلبية فى الوقت نفسه تأتى من قبل زوجته ماريا ، التى يرى أنه يصيبها غضب شديد عندما يعود إلى البيت .



شكل (٣ – ٩) : عينة لإحدى صفحات المنبهات أو المثيرات

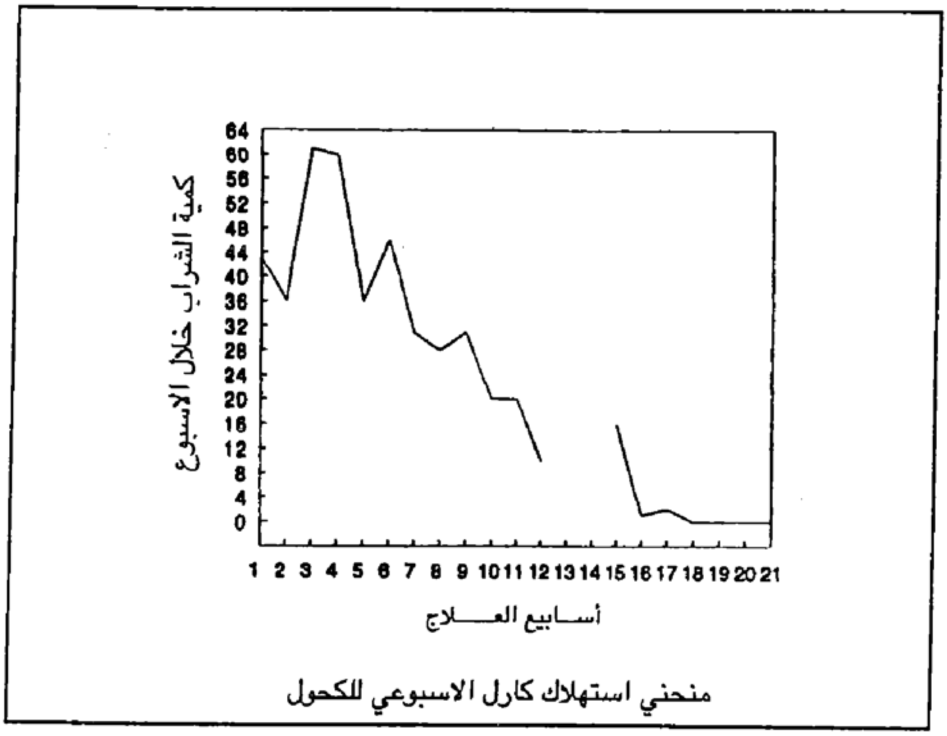
ويدرك «كارل وماريا» التحليل السلوكي للمشكلة ويفهمانه بسرعة شديدة ، ويجدانه طريقة مريحة لتصورها بدقة كافية . وطلبت منهما بعد ذلك أن يجيبا عن أسئلة استخبار أنماط الشرب ويحضرانه معهما فى الجلسة العلاجية التالية . وأعطيت لكل منهما مجموعة إضافية من بطاقات التسجيل الذاتى لاستخدامها على مدار الأسبوع .

أتى «كارل» لحضور الجلسة العلاجية الرابعة وهو غير ثمل ، ولكنه اعترف بأنه فى نهاية الأسبوع كان يشرب بكثافة . ويصور الرسم البيانى الذى يعرضه الشكل (٤ – ٩) عدد مرات الشرب أثناء العلاج أسبوعيا ، فى حين يعرض الشكل (٥ – ٩) متوسط معدلات الرضا الزواجى أسبوعيا .

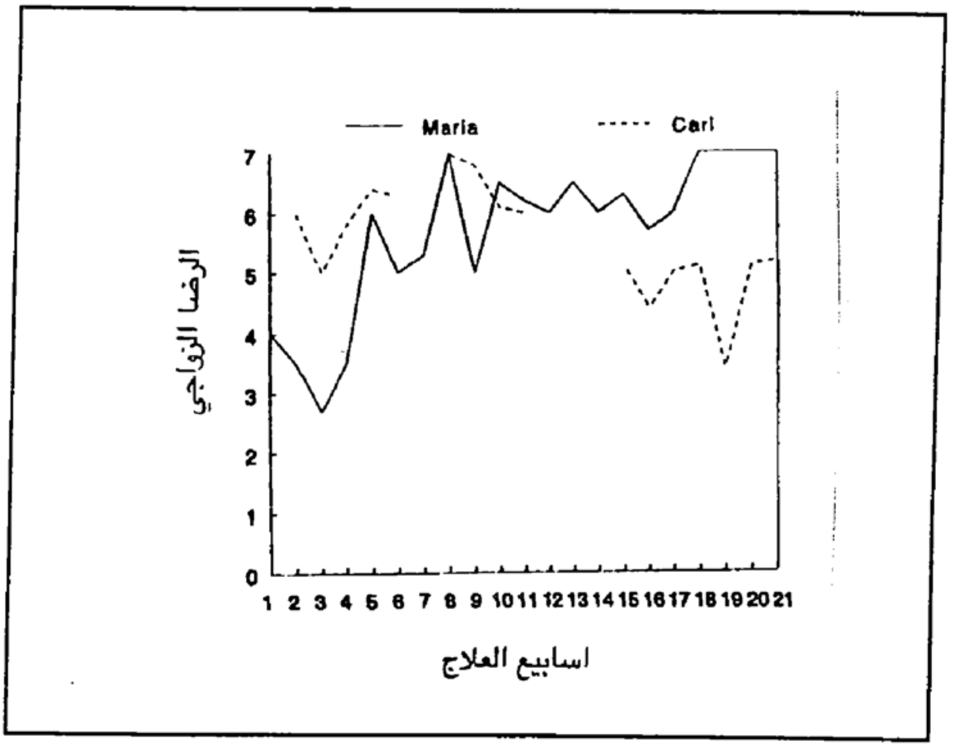
ولم يُبد كارل أى اهتمام أو قلق بشأن الاستمرار فى الشرب بكثافة ، ولم يُبد أى استعداد لمجرد محاولة تخفيفه أو تخفيضه أو تقليله . ولكننى عقبت على الرغم من ذلك بقولى : «إننى مسرورة جدا لحضورك الجلستين الأخيرتين وأنت غير ثمل – أنا أدرك أن ذلك أمر صعب عليك جدا ، ولكن مثابرتك هذه تكشف لنا أنك تريد للعلاج أن ينجح فى القضاء على مشكلة الشرب . ومع ذلك ، فإننى قلقة جدا لكونك لم تحاول تقليل عدد مرات الشرب مطلقا بين الجلسات العلاجية . وسيظل الأمر بالنسبة لى مقلقا جدا ، إذا لم يتضح لى بالفعل أنك ترغب بمحض إرادتك تقليل هذا الشرب المكثف ، وإذا لم تحدد الطريقة والكيفية التى تفعل بها ذلك» .

ذكر كارل أن من الصعب عليه تقليل الشرب تماما ، ولكنه تعهد بالتوقف عن الشرب ، لأنه يريد أن يحتفظ بماريا وتعود مرة ثانية لحوزته . ناقشنا بعد ذلك عددا من الاستراتيجيات التى تساعده على تجنب الشرب ، من قبيل الاستغراق فى النوم (بناء على اقتراح منه هو) ، أو أن يتوفر لديه أنواع وبدائل أخرى من المشروبات ؛ كالمياه الغازية ، والبيرة الخالية من الكحول ، فيشرب منها بالبيت (وكان هذا أحد اقتراحاتى عليه) . ولكنه كان يقاوم بشدة الالتزام بتنفيذ أى خطط أو استراتيجيات ، وكانت ماريا تشك فى كونه يرغب بالفعل فى التوقف عن شرب المسكرات . وعند هذه النقطة ، قال كارل : «بطريقة أو بأخرى ، أنا أعتقد أننى لو كان لى زوجة أخرى ، لما احتجت للتوقف عن الشرب» .

«قبل ذلك كانت ماريا وأنا نشرب ، وكنا نقضى أوقاتا سعيدة ، ولكنها الآن عندما توقفت عن الشرب ولم يعد لها رغبة فيه ، انقلبت ضدى طوال الوقت . أنه


كمية الشراب خلال الاسبوع
64
60
56
52
48
44
40
36
32
28
24
20
16
12
8
4
0
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21
أسابيع العلاج
منحني استهلاك كارل الاسبوعي للكحول

شكل (٤ – ٩)


Maria
Carl
الرضا الزواجي
7
6
5
4
3
2
1
0
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21
اسابيع العلاج

شكل (٥ – ٩)

لابد أن أتوقف تماما عن الشرب إذا ما أردت أن أحتفظ بها بحيث تعود لى وأعود لها ولكنى لا أعرف كيف أفعل ذلك» .

واقترحت فى مواجهة تناقضات كارل الوجدانية ، اقترحت أن نفحص عواقب شربه بغض النظر عن استنكار ماريا واستهجانها له ، ونناقش الحجج التى يطرحها كل منهما حول مشكلة الشرب . كان كارل عاجزا عن التفكير فى أى نتائج أخرى تكون إيجابية . طلبت من كارل أن يحدثنى عن مشكلاته مع القانون والشرطة ومباحث المرور ، وتوقيفه مرات عديدة بسبب قيادته لسيارته وهو ثمل ، فذكر كارل أن الكحول ليس له أية علاقة بالتهمة الأخيرة ، وأعتقد أنه ليس له أى تأثير على قيادتى للسيارات ، وأننى أرى أن قوانين المرور وقوانين تعاطى المخدرات كلها قوانين «مضحكة ولا قيمة لها» . كما أشار إلى أنه سيظل يقود سيارته حتى إذا لم يعيدوا إلىّ رخصة القيادة التى سحبوها منى ، وسيظل يقود سيارته حتى لو ظلوا ممتنعين عن إعطائى رخصة القيادة عشر سنوات قادمة (خلال عشر سنوات قبض عليه رجال شرطة المرور وأقفوه عن القيادة ثلاث مرات بسبب شربه للكحول ، منهم مرتان فى شهر واحد) . وعبّر «كارل» عن عدم اهتمامه بأية مشكلات أخرى مرتبطة بشربه للمسكرات ، ولكنه كرر أنه يريد بالفعل التوقف عن الشرب والامتناع عنه بسبب حبه لزوجته وضرورة عودة طفلَيْه له وتكوين أسرة حقيقية . على أية حال ، قمت بوضع قائمة من العواقب السلبية التى عدّدها هو وماريا فى نقاط عديدة وردت فى إجاباتهما خلال المقابلات التمهيدية والجلسات العلاجية الأولى ، وطلبت منه مراجعتها مرتين على الأقل يوميا ، وأن يفكر فى هذه العواقب الوخيمة هل هى التى تثير همه وقلقه . واعترف كارل بأنه راجع القائمة «مرة أو مرتين» بين الجلسات ، ولكنه لم يهتم بمضمونها إلى حد ما .

وعلى الرغم من قلقى حول اللامبالاة النسبية لدى كارل ، وضعف دافعيته من أجل التغيير الإيجابى قررت أن أتقدم وأبدأ فى التحليل السلوكى لمشكلات شربه . وكنت أفكر فى أننا إذا ما كان فى استطاعتنا تحديد مجموعة من الشروط والظروف المستقلة السابقة على الشرب (كمواقف دافعة له) ، وإذا ما استطعنا أن ننجح فى تجنب الشرب فى بعض هذه المواقف والظروف لبعض الوقت ، فإن دافعيته للتغيير ستزيد وترتفع ، مثلها فى ذلك مثل كفاءته الذاتية فى التعايش مع أعراضه التى ستزيد أيضا دون شرب للمسكرات . لقد ناقشنا موقفين آخرَيْن من

مواقف الشرب فى الجلسة ، وطلبت منه القيام بوضع سلسلتين سلوكيتين كواجب منزلى . ويعرض الجدول (٢ – ٩) ملخصا كاملا للتحليل السلوكى لمشكلة شرب كارل .

حضر «كارل» للجلسة العلاجية التالية بمستوى كحول فى الدم مقداره ١١٨,٠جم ، واعترف كذلك بأنه كان يشرب شربا مكثفا فى الأيام الأخيرة السابقة على حضوره لهذه الجلسة . ووافق بعد مناقشات مطولة ومستفيضة بالذهاب للمستشفى والإقامة بها لإزالة تسممه الكحولى من دمه . كان كارل خائفا من الإقامة بالمستشفى وأشار أيضا إلى أنه قلقا بشأن عجزه عن التوقف عن الشرب حتى بعد إزالة السموم الكحولية من دمه . وحاولت أن أؤكد له إن إزالة السموم ما هى إلا خطوة أولى فى أو ضمن خطوات علاجه ، وإننا سنحاول التعاون والعمل معا بشدة لمساعدته على تعلم طرق وخطط التعايش مع الصعوبات ومشكلات الحياة ، ومضايقاتها بلا شرب . وعبّر كارل عن اعتقاده بأن الحياة لن تكون ممتعة لو لم يشرب . وترددت ماريا بين تشجيع كارل للذهاب للمستشفى لإزالة سمومه ، وإحاطة المعالج علما بأن كارل وافق فقط على إزالة السموم ، والذهاب إلى المستشفى ، هربا من مكتبها ومركزها العلاجى . ولكن لأن كارل شديد الاهتمام بالعلاج ، فقد طلبت منه الاتصال بمركز علاج السموم الكحولية من مكتبى ، ليسأل عن كل ما يريده من هذا المركز . ولقد قام بذلك فعلا ، وطلب منهم إدراجه ضمن حالات اليوم التالى .

جدول (٢ – ٩) : عينة من التحليل السلوكى لشرب كارل

م	المواقف (*)	الأفكار والمشاعر	الاستجابات	النتائج الحسنة	العواقب الوخيمة
١	المشى والصيد	شرب بعض البيرة ، وقضاء وقت سعيد	شرب البيرة وأكل السمك	تفجرت الطاقة بداخلى	حضرت للبيت حيث ماريا ، وكالعادة تبادلنا الجدال بعنف
٢	المناقشة مع ماريا	كانت شديدة الغضب مني بسبب شربى – كان علىّ ترك البيت لها	تركت البيت – أكثرت من الشرب	لاشئ على الإطلاق	شعرت وكأننى أحترق
٣	حضر «ستيف» من جديد ، وطلب منى الخروج معه	خرجت معه ، وشعرت بالراحة	توقفنا فى حانة للخمور وشربنا معا	تفجرت الطاقة بداخلى	عدت للبيت متأخراً ، حيث كانت ماريا قلقة جداً
٤	حضر «سكوت» ومعه لعبة الورق ولم يكن بالبيت أحد غيرنا	كنت مسروراً لرؤيته ، حيث تبادلنا الحديث – طلبت منه أن يشرب بيرة معى – كان ممتعا لى أن نجلس معا ونتحدث	جلسنا فى الهواء الطلق بالفناء – شربنا وتحدثنا واستمعنا للراديو أو المذياع	شعرت بالراحة ، وأخرجت مشاعر سيئة كانت جاثمة على صدرى – استرحت – أبعدت الهموم عنى – وضعت بعض الخطط (كالصيد مثلاً)	عندما حضرت ماريا للبيت جن جنونها . ترك «سكوت» المنزل ، فشعرت كأننى أحترق –لاتوجد ممارسة جنسية– مشادات كلامية– واضطراب حاد بالبيت
٥	استيقظت على صوت ماريا ، واستيقظ الأطفال – الحركة كثيرة بالبيت صباحاً	أشعر بعصبية شديدة ، ولن يريحنى منها سوى شرب البيرة	تناولت بيرة الصباح	أزلت همومى وعصبيتى واسترحت	كانت ماريا شديدة التعاسة ، واستمرت في تدوين عدد مرات الشرب

(*) "أضاف كارل مواقف أخري ، أهمها : أثناء العمل ، وعند ذهابه لتناول طعام الغذاء ، شقاوة الأطفال وطريقة معاملة ماريا السيئة ، أصرخ فيها ولا يتغير شئ ، وقت الفراغ ، طلب ماريا المتكرر بتحمل بعض المسئوليات ، إنتقادات ماريا العنيفة والمستمرة بسبب شربى ، مرورى ببار أو حانة مع بعض أصدقائى ، الشرب مع أناس آخرين ، المواقف الاجتماعية كالمناسبات ، قضاء الإجازات مع أسرتى" .

الجلسات السادسة والسابعة والثامنة :

لم يدخل «كارل» مركز السموم كما وعد ، وتعلل مرة ثانية بأنه لن يستطيع الإقامة به . واستمر فى الشرب يوميا وبذل جهدا ضعيفا للغاية لتقليل كميات الشرب ، فاقترحت عليه أن يلتحق بالعيادة الخارجية لإزالة السموم بالمركز نفسه ، وأعطيته رقم هاتف زميل لى يعمل بها ويشرف عليها فى الوقت نفسه ، ولكننى توقعت أنه لن يتصل بزميلى هذا ، ولن ينفذ هذا الخيار كذلك . واستمر مارل فى التعبير عن رضاه للاستمرار فقط فى العلاج النفسى حتى يتمكن من التغير للأحسن ، ويقلل الشرب ثم يمتنع عنه نهائيات ، وقررت الاستمرار معه على الرغم من سيطرة الشكوك على بأنه ليس لديه الحافز والدافع للتغيير .

وخلال الجلسة السادسة ، أكملنا التحليل السلوكى لأسلوب شرب كارل ، وحددنا جوانب عديدة تتصل بتصرفات ماريا ، لكى نوظفها كمقدمات تسبق قيام كارل بالشرب . وتتضمن هذه الأفعال والتصرفات ، تذكيره باستمرار بتحمل مسئولياته ، والاستعداد والتجهيز ببطء شديد خاصة عندما يكون بينهما موعد للفسحة مع الأطفال ، وأن تطلب منه مساعدتها حتى يمكنهما الخروج مع الأطفال بسرعة ، وانتقاداتها المستمرة لسلوك شربه .

وعند نقطة محددة خلال الجلسة السادسة ، قال كارل : إنك تدركين أن ماريا ذات طبع ومزاج معتدل وجياش ، فأرجو أن تطلبى منها ما يجب عمله إزائى عندما نكون معا على شاطئ البحر . وأجابت ماريا على الفور قائلة «اكشف ذراعيك لباربارا Barbara" فشمر كارل أكمامه ، كاشفا عن عدد من الخدوش الجلدية الغائرة والكدمات التى تغطى مقدمة كلا ذراعيه .

وأوضحت ماريا بعد ذلك ، أنها قد مرت بفترات طويلة عانت فيها من شدّة الإحباط مع كارل بسبب شربه ، وغالبا ما كانت تتعارك معه وتتشاجر ، وتسبب له هذه السحجات والخدوش والكدمات ، وتحاول ضربه فى صدْره أو فى أحشائه وبطنه عند الغضب منه . وذكرت أن هذا السلوك العنيف استمر طوال الأشهر الأربعة الأخيرة ، وأنه كان سلوكا مزعجا لها بشكل حاد .

وأقرت بعد ذلك أنها مهمومة جدا ومشغولة للغاية أنها ربما تصبح مؤذية لأطفالها ، لأنها أحيانا تستعمل معهما العقاب البدنى ، عندما تغضب منهما . وعلى الرغم من أن غضب ماريا وإحباطها ليسا من الأمور الغريبة ، وتعد

تصرفات شديدة الشيوع بين المعتمدين على المسكرات ، فإن تعبيرها عن هذا الغضب بالضرب والأذى الجسمى لكل من كارل وطفليها يعد أمرا فى غاية الغرابة ، خاصة وأن ذلك كان متوقعا من «كارل» المدمن وليس منها .

على أية حال ، لقد ناقشنا سلوكها إزاء طفليها باستفاضة ، لأنه كان يهمنى أن أعرف ما إذا كان الأطفال قد تعرضوا لأى نوع من سوء المعاملة أو الأذى البدنى . ولكنها قررت ، وأيدها كارل فى ذلك بأنها لم تسبب لهما يوما ما أى خدوش أو سجحات أو كدمات ، أو أى أذى بدنى من أى نوع ، ولا بأى طريقة ، وأنهما لم يضطرا للذهاب مطلقا لأى طبيب بأطفالهما أو لأية عيادة طوارئ بسبب عقابها البدنى لهما .

وأقر كلاهما بأنهما يعتقدان بأن العقاب البدنى فى شكل «ضربات عنيفة باليد على الظهْر» أو جذب الطفل بشدة لإبعاده عن مواطن الخطورة عليه ، تعد أشكالا ملائمة لهذا النوع من العقاب . ومع ذلك شعرت ماريا أنها ترى أن هذه الطريقة العقابية ليست دائما هى الطريقة الملائمة ، لأنها أحيانا تضربهم على أذْرُعهم وأيديهم ، وتجذبهم بعنف شديد عندما تريد إبعادهم عن مواقف الخطر . ولم أتصور ، وفقا لروايات كارل وماريا ، أن ماريا تؤذى طفليها أو تسئ معاملتهم بأى شكل من الأشكال ، ولكننى شعرت بأنها كانت تريد أن تذكر أشياء تعبر عن اهتمامها بالعلاج والتخلص من هذه الأنماط السلوكية الجديدة عليها . وطلبت منها أن تستخدم بطاقات التسجيل الذاتى ، وتدون فيها أكثر الأوقات والظروف التى تجعلها تغتاظ من طفليها وتريد عقابهما بعنف ، وكذلك متى تكون عنيفة مع كارل بحيث تسبب له أنواعا من الأذى البدنى .

وبدأ «كارل» خلال الجلستين التاليتين التقليل من الشرب فعليا ، بل كان يمتنع عنه كلية عند الحضور لأية جلسة . وبدأ «كارل وماريا» فى قضاء مزيد من الأوقات معا ، وأقرا بأن أوقاتهما معا أصبحت أكثر إيجابية . كما ذكرا أنهما خرجا مع طفليهما كأسرة ، وأخذوا معهم اللحم المشوى ، وذهبوا للصيد جميعا على الشاطئ .

كانت ماريا شديدة الدقة والإخلاص عند تسجيلها أرجاعها وتصرفاتها إزاء طفليها ، فقد ضربت أحدهما بشدة على ذراعه أو أنها قد جذبته منه بشدة وبطريقة مؤذية . وناقشنا معا مقدمات هذه الأحداث وملابساتها ، ومع ذلك هى

تطلب منه أن يفعل شيئاً ما لا تستطيع هى القيام به (خاصة عندما تكون يداها مشغولتان أو تكون وسط الحجرة ولا يكون الشئ فى متناولها) . وذكرت أنها فى كل موقف من هذه المواقف ، كانت تكرر نصائحها لكل واحد منهما مرات عديدة ، بأن ما تفعله عمل غير صالح ، ومن ثم أشعر بالغضب ، وأقطع الحجرة خلفه جريا وأجذبه بشدة . عموما لقد ناقشنا الاستراتيجيات البديلة ، وأكدنا أهمية الاستمرار فى النصح والتوجيه والإرشاد اللفظى بشكل مباشر عند وقوع الطفل فى أى خطأ ، أكثر من أن تترك نفسها للإحباط . وبسرعة استمعت لتعليماتى وأكدت أهميتها ، وعبرت عن ارتياحها لكونها أصبحت قادرة على مناقشة همومها ، واعترفت بعد أسبوعين من التسجيل أنه لم يعد يوجد لديها ما يمكن أن تسجله على أنه حوادث عنف بدنية من قبلها لطفليها ، كما أقرت بأنها تشعر بمزيد من السيطرة على نفسها مرة أخرى كأم حقيقية . وأيد «كارل» معظم بل كل مشاهدات زوجته «ماريا» .

وبدأنا - وفى الوقت نفسه الذى ناقشنا فيه مشكلات ماريا ومعاملتها لطفليها- فى تطبيق وتنفيذ بعض أساليب التخطيط والإدارة الذاتية لدى «كارل» . وأرشدت «كارل» إلى أنه سيكون من الأيسر عليه ألا يشرب إذا ما كان لديه بعض الأفكار حول كيفية إدارته لمواقف محددة ومعالجته لها من دون شرب الكحول . فهو يستطيع تجنب المسكرات وعدم الاقتراب منها ، أو يتجنب المواقف المرتبطة بها ، أو يعيد تنظيمها بهدف التقليل من أهمية شرب الكحول فى الموقف إلى أدنى درجة . ولقد وضع كارل قائمة على بطاقات التسجيل الذاتى من المقدمات والمواقف والظروف البيئية التى تسبق الشرب وتحث عليه ، كما وضع أفكاراً عديدة للتعايش مع كل موقف ومواجهته وإدارته لمصلحته بلا شرب . كذلك كتب النتائج الإيجابية والعواقب الوخيمة المرتبطة بكل خطة من خطط التعايش ، لمساعدته فى تحديد أى خطة من هذه الخطط ، تكون الأكثر قابلية للتنفيذ والتطبيق .

واخترنا موقف الصيد على أنه موضوع التخطيط والإدارة الذاتية له ، لكونه حصل كموقف على أعلى التكرارات ، وارتبطت به معظم نشاطات الشرب لدى «كارل» . وكان لدى كارل بالفعل مجموعة من الأفكار حول كيفية الصيد دون شرب كحولات ، منها تبادل الحديث واللعب مع طفله الأكبر ، والتحدث مع زوجته ، أو دعوة أحد أصدقائه القدامى من الصيادين الممتازين والذى لم يشرب

مسكرات قط مدى حياته ، بالإضافة إلى أن كارل فكر في أنه إذا ما اشترى بعض المشروبات غير الروحية وغير المسكرة بالليل وتناولها قبل ذهابه للصيد ، وأنه إذا ما ملأ مبرده بالمشروبات الغازية قبل مغادرته المنزل ، ستنخفض لديه محاولات التوقف أمام محلات المشروبات الروحية المسكرة التي توجد في نهاية أحد شوارع هذا الحي . وطلبنا من «كارل» - كواجب منزلي - أن ينفذ هذه الخطة ، وأن يعثر على أحد أصدقائه القدامى ليكونا معا كمساند له لكونه سيصاحبه من دون شرب المسكرات .

ونفذ «كارل» بنجاح خطة الصيد ، كما أنه طور خطة ليذهب مع صديقه «سكوت Scott" . وقد خطط أن يطلب من «سكوت» ، صديقه هذا أن يلعب كرة التنس معه ، ثم يذهب بعد ذلك معه بسرعة لتناول الطعام بأحد المطاعم ، لأن الكحول لن يكون متوفرا به . وعلى الرغم من أن كارل رأى أنه لا توجد أية صعوبات أو عقبات لتنفيذ هذه الخطة ، فإنه لم ينفذها بل ولم يستطع أن يحدثنا عن أسباب عدم تنفيذه لها . ومع ذلك ، فكل الذى فعله أنه أخبر «سكوت» أنه يحاول التوقف عن شرب المسكرات ، ومن ثم فإن صديقه كان إيجابيا جدا مع محاولاته للتوقف وكان مساندا له إلى أبعد مدى .

وكان الموضوع الأساسي الثاني لهذه الجلسات العلاجية هو دعم هذه التغيرات السلوكية الإيجابية للتوقف عن التعاطي . ولأن كارل كان مترددا ويشعر بالتناقض الداخلي إزاء قضية شربه المسكرات ، فإن تفكيري أصبح ينصب حول ضرورة أن يمر ببعض الخبرات الإيجابية المترتبة على امتناعه ولو جزئيا - عن شرب المسكرات ثم التوقف الكامل . وأردت أيضا تزويد ماريا ببعض الطرق الإيجابية - وليس الطرق القسرية أو الإكراهية - التي تتصل بشرب كارل للتفاعل معه برفق وأناة . وكمدخل لمناقشة هذا الموضوع وعرضه عليهما ، اقترحت عليهما أن يقوم كل منهما بالتفكير في الطرق والوسائل التي من شأنها زيادة فعالية التوقف عن الشرب وتخفيضه إلى أدنى درجة ، والحفاظ على ذلك . واقترحت عليهما أولا ، أن تقدم ماريا لزوجها كارل تشجعيا ومعلومات إيجابية في أي وقت لا يقبل فيه على الشرب أو يرفضه ولو لمدة قصيرة بالليل أو بالنهار ، ولكن كارل رفض هذا الاقتراح بأدب ، قائلاً «في اعتقادي أن ذلك سيكون طريقاً آخر أو أسلوب آخر من أساليبها الملتوية التي ستحاول بها الضغط عليّ للتوقف عن الشرب. وأنا لا أريد منها أن تتحدث معي بأي شئ في هذا الموضوع» . ولكني

تساءلت معها عما إذا كان هناك شيئاً ما يمكن أن تقوم به ماريا بحيث تجعل من الشرب قضية تستحق الاهتمام منك يا كارل ، فاقترح كارل أنها يمكن أن تحجم تماما عن التحدث فى شرب المسكرات وعن توجيه هذا الحديث لى ، وعليها أن تقضى وقتها معى من دون أن تكون ساخطة بحيث أسعى باستمرار لإرضائها بصعوبة . واتفقا الاثنان معا على قضاء بعض الأوقات الممتعة وممارسة كثير من النشاطات السارة عند توقفه عن الشرب لفترة ولو قصيرة ، منها مشاركته فى تناول طعام الغذاء على جمبرى ، وأن ماريا ستتحدث معه فقط عن مدى استمتاعها معه بسبب قضائهما أوقاتهما معا بلا منغصات . وقد استطاعا تنفيذ هذه الخطة معا بنجاح ، وعلى الرغم من أن كارل قد شرب بعض الكحول بينما هما معا ، فإن كمية الشرب قد قلت جوهريا فى هذه المناسبات والمواقف .

الجلسات التاسعة والعاشرة والحادية عشرة :

وعند هذه المرحلة من جلسات العلاج ، استطاع كارل أن يقلل عدد مرات شربه وكمياتها إلى عدد يدور حول ثلاث مرات يوميا ، ولكنه لم يستطيع الامتناع تماما عن الشرب . كذلك أقر بأن إلحاحات الشرب أيضاً بدأت فى التناقص تدريجيا . وأقرت ماريا بأن رضاها الزواجى اليومى قد وصل إلى ذروته وقمته (فقد جاءت تقديراتها اليومية للإشباع والرضا الزواجى سبع درجات على مقياس تترواح درجاته بين درجة واحدة وسبع درجات) ، وأقرت بأنهما يقضيان أوقات فراغهما معا إما بشقتهما (منزلهما مع طفليهما) أو فى منزل والدة كارل . ومع ذلك ، فقد لاحظت أنهما قد بدأ يتشاجران أثناء الجلسات العلاجية وبشكل متكرر . وكانت صراعاتهما تدور حول موضوعين أساسيين : رغبة ماريا فى الانتقال إلى جنوب ولاية كارولينا ، وشعورها الدائم بأن كارل ليس مساندا لها على المستوى العاطفى . فبدأت على الفور فى تنفيذ تدريب على التخاطب والتواصل البناء بينهما ومعهما ، وتعليمهما مهارات الانتظار والسماح للآخر أن ينتهى من حديثه على أكمل وجه ، وتعليمهما الإنصات الجاد ، ثم مبادلته الردود الإيجابية الهادفة وغير المستفزة . وامتلأت هذه الجلسات بالتهدئة وتعلم مهارات التخاطب واحترام كل منهما للآخر ، واحترام وجهات النظر المخالفة ، والتركيز على الحسنات والجوانب الحسنة وليس السيئة لدى كل منكما . وبعد اكتسابهما وتزويدهما بقائمة تدور حول آداب التواصل ، وبعد قراءتهما لأول هذه الآداب والتى غطت موضوعات أساسية من قبيل قيمة أدب الحوار واحترام الزوجين لبعضهما بعضا

عند تبادل الحوار ، والنفور من بعض المصادر التى تخرج الحوار والتواصل المحترم عن أهدافه ، حضرا للجلسة التالية بشكل أدهشنى ولم أتوقعه ، حيث كان كل منهما ينادى الآخر بأدب رفيع وبإسم (من قبيل أسماء الأسماك والأماكن والمواقف الممتعة كالنسمة والجمبرى) لا يمكن أن يكون له تأثير سلبى على علاقاتهما الاجتماعية . وبدأ بالفعل فى تبادل الحوار اللفظى بينهما بالمنزل بطريقة إيجابية أكثر منها سلبية ، وكانا مسرورين بوضوح لما تركته هذه الخطة عليهما من أثر إيجابى على محادثاتهما معا .

وعلى الرغم من أننا قد أحرزنا بعض التقدم الإيجابى والجوهرى فى علاج كارل من الشرب ، فقد انصب اهتمامى على ضرورة استمرار كارل فى المحافظة على التقليل من الشرب اليومى وأن ينعكس ذلك عليه بحيث يصبح شغله الشاغل . وقرر كارل بأنه يعتقد أنه باستطاعته الآن التوقف عن الشرب ، وتعهد بأنه يستطيع التوقف عن الشرب لمدة يومين فى الأسبوع القادم . ولم يكن راغبا على الإطلاق – خلال الأسبوع الأول الذى سينفذ فيه هذا التعهد – فى مناقشة استراتيجيات وخطط التوقف التى سيعتمد عليها ، ومن ثم فهو لم ينجح فى تنفيذ تعهده – فى مناقشة استراتيجيات وخطط التوقف التى سيعتمد عليها ، ومن ثم فهو لم ينجح فى تنفيذ تعهده . ولكننا فى الأسبوع الثانى ، ناقشنا معه خططا محددة جدا للطريقة التى سيتمكن من خلالها التوقف عن الشرب . خطط كارل أن يقضى مع ماريا وطفليهما جزءاً من الوقت يوميا ، مع عدم شراء مزيد من البيرة التى كان يخزنها فى بيت والدته حتى لا يجد ما يشربه فى هذه الأيام التى قرر الشرب أثناءها . وأراد – بالإضافة إلى ما سبق – أن يهيئ نفسه للاعتماد على المشروبات غير الروحية ، والتخطيط للخلود إلى النوم مبكرا . واقترحت عليهما أيضا أن تقوم ماريا بدور المساند الإيجابى له لمساعدته فى محاولاته التوقف عن الشرب . وطريقتى فى العلاج تقوم على تشجيع العملاء غالبا على إيجاد شخص ما يساندهم ، ويناقشهم فى مصادر الإلحاح للشرب ، وغالبا ما سيجدون أن هذا الصديق يعد مصدرا مهما من مصادر المساندة . (وكان بعض العملاء يجدون هذا المصدر المساند من بين أفراد جماعات المدمن المجهول) . ومرة ثانية، كره كارل وقاوم فكرة مشاركة ماريا له فى هذا الأمر ، قائلا للمعالج ، «إننى لن أخبرها بأننى أرغب فى الشرب وكل الذى أريده هو محاضرة أو توبيخا متعمدا منها» . وذكرته بأنه كان يكره تدخلاتها وتعليقاتها لأنهما كانا غير

متحابيْن ويعملان ضد بعضهما بعضها ، ولكنه فى مثل هذا الموقف الآن سيتحمل مسئولياته ، لأنه هو الشخص المهموم بقضايا شربه للمسكرات . وفعلا قد استجاب بإيجابية لإعادة صياغتى للموضوع على هذا النحو . وطلبت من «كارل» بعد ذلك ما إذا كان لديه رغبة فى شئ ما يريد من ماريا أن تقوله له حتى يسانده فى تنفيذ خطته ، فاقترح أن تخبره ماريا بأن موضوع الشرب هذا أمر متروك لاختياراته وللتصرف فيه بحرية وبلا ضغوط من أحد .

وأشارت «ماريا» إلى أنه سيكون من الصعب عليها ألا تتدخل أو توبخه أو تناقشه على سبيل التذكر والتحذير ، ولكنها وافقت أن تؤدى دورا مساندا له . ومن ثم فقد بدأ كلاهما فى التفكير فى خطة مؤداها ، الذهاب إلى الشاطئ ، ويقرر «كارل» أثناء قيادتها للسيارة أو عند اللهو على الشاطئ بأنه يريد تقليل عدد مرات الشرب الست اليومية ، ويريد المحافظة على مكاسبه العلاجية . وترد عليه ماريا قائلة «إن هذا هو إختيارك وهذه هى مسئوليتك إذا رغبت فى ذلك ، ولكنك بدلا من شرب البيرة يمكن أن تشرب بعض المياه الغازية إذا راق لك ذلك» . وبدا على «كارل» سرور لأحد له بسبب ما سمعه من ماريا ، وعلى الرغم من أن ماريا قد اعترفت بأنه سيكون من الصعب عليها أن تؤدى هذا الدور بحيادية ، فإنها تود ألا تشعر أو تشعره بأن وقايته من الشرب تعد إحدى مسئولياتها وإنما هى مسئوليته بالدرجة الأولى . ووافقا معا على تنفيذ هذه الخطة وإدارة الحوار بينهما ولو مرة واحدة خلال الأسبوع التالى .

ولم ينجح كارل فى التوقف التام عن الشرب ولو ليوم واحد ، على الرغم من أنه نفذ معظم عناصر الخطة الأخرى ، وكان يشرب كأسا واحدا فقط من البيرة فى كل يوم من الأيام التى كان يجب عليه فيها التوقف التام عن الشرب . ومع ذلك ، فإنه لم يخبر ماريا عن أى شئ بخصوص إلحاحات الشرب . وأبدى قليلا من الاهتمام إزاء ضعفه فى تنفيذه أهدافه المبتغاة . وأعلن كارل وماريا خلال إحدى الجلسات الثلاث ، بإنهما سيذهبان فى رحلة لجنوب كارولينا لمدة أسبوعين ، فقد عرض على كارل عقد للعمل هناك ، وترغب ماريا بشدة فى الانتقال هناك لمنطقة أكثر ريفية وذات تكاليف معيشية أقل حتى يمكنهما رعاية طفليْهما . وذكرت أنها لن تنتقل كلية أو تقرر الانتقال معه مادام مستمرا فى الشرب ، ولكن كليْهما قرر أن الهدف من الرحلة هو استكشاف إمكانات ملاءمة هذا الانتقال لكليهما معا .

الجلسات الثانية عشرة والثالثة عشرة والرابعة عشرة والخامسة عشرة :

وبعد قضاء ماريا وكارل أسبوعى الرحلة إلى نورث كارولينا ، عادا متحمسين لها ، حيث انتهيا إلى أن العمل متاحا هناك ، وأن تكاليف المعيشة أقل بوضوح ، وأنهما قد أحبا المنطقة التى زاراها . وقررت ماريا مرة ثانية بأنها لن تنتقل للعيش هناك مع كارل ما لم يتوقف تماما عن الشرب ، لأنها ستكون حياة طويلة ، ولأنها لا ترغب فى مفارقة أسرتها إذا لم تستطع الاعتماد عليه . وأكد كارل مرة ثانية بأنه يود التوقف تماما عن الشرب .

لقد انتهزت فرصة غيابهما فى إجازة وانقطاعهما عن العلاج فى مراجعة كل نقاط التقدم فيه ، والتفكير فى إنجاح هذه العلاقة الزوجية بمزيد من التدقيق والبحث عن الأساليب والخطط التى تساعدنا فى هذا الجانب . ولقد أصبح واضحا لى أن كارل قد وافق على الامتناع عن الاستمرار فى الشرب بسبب ضغوط ماريا التى تمارسها عليه ، ولكنه يريد فعلا تقليل شربه بإرادته الخالصة . ومع ذلك ، فهو يتعامل مع هذا الصراع بمزيد من ترديد عبارات التوكيد بأنه سيتوقف عن الشرب وعبارات الطمأنة بأن سلوكه سيتغير من دون أن يصاحب هذه التصريحات اللفظية تغيرات سلوكية سريعة وحقيقية . لقد نفذ كارل قليلا من الخطط السلوكية التى وضعناها له فقط ، ولم أكن أعتقد بأن ضعفه فى تنفيذ هذه الخطط سيعكس ضعفا شديداً فى مهارات المواجهة والتعايش مع إلحاحات الشرب . ومن ثم فقد قررت على الفور مواجهة «كارل» والكشف عن تناقضاته السلوكية فى هذه الجلسة العلاجية .

كشفت للزوجين عن رغبتى فى مناقشة جوانب التغيير الإيجابية التى أحرزاها حتى اليوم ، فبالنسبة «لكارل» فقد أنقص عدد مرات الشرب وكمياته بشكل جوهرى ، كما طوّر بعض المهارات التى تساعده فى شرب كميات من الكحول أقل جوهريا من الكميات السابقة ، وبدأ حواره ولغة التواصل اللفظى لديه فى التحسن الواضح ، وأنهما يقيضان معا بالفعل أوقاتا شديدة السعادة ، وأنهما بدآ الأخذ فى اعتبارهما وضع خطط طويلة المدى وممكنة التنفيذ معا . ومع ذلك ، فإننى ألاحظ أن كارل قد طرح سلسلة من الوعود تتصل بمشكلة الشرب ، ولم يستطع متابعة تنفيذها حتى الآن . وقرأت عليهما مشاهدات كلينيكية عديدة سجلتها فى صحيفتهما العلاجية لرصد مدى تقدمهما فى العلاج ، مؤكدة التاريخ الذى اتخذناه هدفا علاجيا للتوقف عن الشرب ، وهو التاريخ الذى كان كارل قد

وافق عليه من البداية ، وكسره للاتفاقات معه حول إزالة التسمم من جسمه ، وكسره الاتفاقات المتصلة بالأيام التى سيتوقف فيها عن الشرب . وطرحت عليهما تفسيرين بديلين ، أولهما أن كارل لا يريد التوقف عن الشرب تماما ، ولكنه يشعر أن عليه الاتفاق على ضرورة التوقف تماما عنه حتى يحتفظ لماريا بسعادتها ، أو أنه لا يستطيع التوقف فعلا عن الشرب ويحتاج لمزيد من المساعدة لإنجاز هذا الهدف . وحاولت بصياغتى هذه لكلا التفسيرين ، تجنب وصف كارل بعدم الأمانة أو أنه ليس لديه دافع للتغيير . وافترضت أيضا أن ماريا قد ساعدت كارل على الاستمرار فى الشرب باعترافها بالتحسن الشديد فى الرضا الزواجى حتى على الرغم من كونه لازال يواصل الشرب ، وأن احتمالات تقليل الشرب التى حدثت ربما تكون مرضية لها فعلا ، وأن ذلك مقبول منها تماما .

وكلاهما استجاب تماما وانتبه بشدة للمعلومات التى طرحتها عليهما . وتحدث كارل قائلا «أولا أنا لا أريد التوقف فعلا ، ولكن الآن لا يبدو أن ما وصلت إليه من تقدم فى العلاج لا يعد أمرا سيئا . فأنا لم أعد أشرب كثيرا ، ولكن الذى أعنيه أننى أصبحت أشرب باعتدال ، ولذا أصبحت أكثر وقارا واتزانا . ولم يعد لدى ما أقوله بعد ذلك ، ولا أريد إحباطك أكثر من ذلك» . وتحدثت ماريا ، فقالت «لدى شعور دائم مثل «كارل» تماما بأنه ينبغى أن نبتعد تماما عن كل ما من شأنه توريطنا فى مزيد من العواقب الوخيمة ، وعلى كارل ألا يفعل ذلك لمصلحته ولمصلحتى ولمصلحة طفلينا ولكى ينجح العلاج كذلك . ولكننى أعترف أننى كنت سعيدة بسبب تقليله الشرب وقضائه معظم أوقاته معنا لدرجة أفقدتنى بصيرتى بأنه لازال يشرب . وأقرر بأننى أخشى تماما الانتقال إلى أى مكان معه بينما هو لازال يواصل شرب المسكرات ، وساعتها لن أعيش معه مطلقا ، لأن ذلك يعد مشكلة فى غاية السوء ، وإننى لم يعد لدى رغبة فى العودة للتحدث فى هذا الأمر» .

وأنكر «كارل» بعد سماعه هذه المحادثة – أنه يفضل الشرب المعتدل والاستمرار فيه وأعلن أنه سيواصل السير قدما فى اتجاه مزيد من التحسن فى السلوك والتوقف عن الشرب ، وتعهد «كارل» بأنه – على مدى الأسبوعين التاليين – سيشرب مرة واحدة فى الأسبوع الأول ، وسيشرب كأسين من البيرة فقط فى الأسبوع الثانى . وعلى الرغم من مناقشتنا لعدد متنوع من استراتيجيات التعايش السلوكى ، كتطوير بدائل سلوكية لمواقف الشرب ، وتكرار التسميع الذاتى لاستراتيجيات رفض المشروبات الروحية ، وتوظيف مزيد من الاستراتيجيات المتنوعة للتعايش مع إلحاحات الشرب ومواجهتها ، فإن كارل أعاد تأكيد أهميتها .

وركز بدلا منها على استراتيجيات التعايش المعرفية ، فعندما تلح عليه فكرة الشرب والميل لها ، عليه أن يفكر فى الأسباب التى تمنعه من الشرب ، وأن هذا أمر لا يستحق الاهتمام به ولا التورط فيه ، وأن ماريا وطفليه أهم لديه بكثير من شرب المسكرات» . أو «أن عليه استخدام خطط وإرجاء الشرب وتأجيله المرة تلو الأخرى حتى يتعود على ذلك» أو «إننى لم أحصل من الشرب على أية مكاسب من أى نوع حتى الآن» – وإذا ما استمر الشعور بحب الشرب وإلحاحه مصاحبا لى حتى الخامسة من مساء اليوم الذى لم أشرب فيه [أو إلى أى وقت آخر أكثر تأخيرا] ، فإننى سأطفى ظمأ هذا الميل والإلحاح بشرب كأس واحد فقط من البيرة» . أو أن عليه أن يفكر مليا فى الجوانب الإيجابية للكحول محاورا ذاته : «إن كأسا أو اثنين من البيرة لن يفعلا لى أى شئ ، ولا أريد أن أحصل منهما على النشاط والطاقة المزعومة والمتوهمة» .

وبدأ كارل وماريا أيضا فى مناقشة أهدافهما طويلة المدى معا ، وطلبت منهما ، كل على حدة ، أن يكتبا كيف يتصور كل منهما الكيفية التى ستكون عليها الحياة خلال السنوات الخمس التالية – إما معا أو منفصلينْ – فكتب كارل ما يلى : «مكان مريح وهادئ أعيش فيه مع «ماريا» والأطفال ومدارس متقدمة ، وعيشة كريمة ، والحصول على الأموال بانتظام ، وتوفير النقود ، وضرائب موحدة ، وتحسن فى الأرصدة البنكية ، والاحتفاظ بدخل ثابت من عمل مستقر أو مشروع خاص ، والحصول على علاقة دافئة ودودة مع ماريا .

وبالنسبة للتحسن الذاتى : كتب قائلا ، لابد من السيطرة على طريقة الانفاق والإسراف فيه ، والانصات لماريا بطريقة أشد موضوعية ، وضمان الاستمرار فى عمل ثابت ومستمر .

وفيما يتصل بماريا ، قال وكتب : «مزيد من الضبط الذاتى والسيطرة على نفسها ، والمزاج المنضبط ، وتنمية ثقتها بنفسها ، وإنقاص وزنها ، وأن تكون أقل تشاؤما فى حياتها اليومية ، وأن تقلل من الانتقادات ، والمشاكل ، والحوادث المؤسفة ، وألا تتصور أننا ذوى حظ عاثر .. الخ» .

وكتبت ماريا تصورها للسنوات الخمس القادمة ، قائلة :

«خمس سنوات من الآن – ١٩٩٦ ، سيكون لدىّ ٣٩ عاما ، وسيكون لدى جوناثان ثمانى سنوات ، ولدى مارك سبع سنوات . سنكون مقيمين فى نورث

كارولينا بمنزل مؤجر لنا ، أنا لى عمل ثابت ، وكذلك كارل ، وسيكون الطفلان بالمدرسة ، ولدينا سيارتان ، وتتسم سنوات كارل الخمس بالوقار وعدم الشرب ، وسأعيش أربع سنوات لإنقاص الوزن وسأكون رشيقة . وسنكون بعد سنتين بعيدا عن القروض والسلف وبطاقات الائتمان البنكية ، وسنودع الإفلاس للأبد بعد عام ١٩٩١(*) . وسنقضى معا بعض الليالى السعيدة كأسرة فى الراحة والاستجمام والذهاب لمشاهدة كرة القدم (البيسبول) أو لعبة كرة القدم فى ملاعب مدارس جوناثان أو مارك . وسنخرج فى ليال أُخرْ للترفيه والاختلاط بالجيران والأصدقاء أو للسيرِ فى رحلات قصيرة لقضاء بعض المهام . ويفعل كارل الأمر نفسه فى ليال أُخرْ ، لأننا سنكون إلى حد كبير لدينا ما يكفينا من المال .

ثلاثة أمور أطلبها من كارل مقابل ما طلبه منى :

كـــارل	ماريـــا
الدافعية الشديدة	تتسم بالهدوء
والوقار والصبر والمثابرة	والنحافة أو الرشاقة
وتحمل المسئولية	والرضا عنى
	وتشعر بالأمن
	وتملك سيارة
	والاستقلالية
	والسيطرة على حياتى

ولأن أهداف كل من كارل وماريا كانت متشابهة ، فطلبت منهما أن يقرأ كل منهما ما كتبه بصوْت مرتفع ، ونفذ كل منهما اقتراحى ، وقام بالقراءة ، فشعر كل منهما بالشجاعة ، وبدأ كل منهما فى التصرف بهدوء ومزيد من الإيجابية ، لأن أهدافهما طويلة المدى كانت شديدة التشابه ، ومن ثم كان عليهما العمل معا

(*) كانت الحالة بمركز المؤلفة للعلاج النفسى فى هذا التاريخ وقبل أن يتم تأليف هذا المرجع بثلاثة أعوام كاملة . (المترجم) .

فى العلاج لإنجاز هذه الأهداف وتحقيقها . وبدأت بالفعل فى تدريبهما على مهارات التوكيدية والثقة بالنفس والقدرة على حل المشكلات ، وأساليب المناقشة والحوار ولتنفيذ هذه المهارات سواء أكان ذلك فى علاقاتهما ببعضهما أم فى المواقف الاجتماعية والمواقف الشخصية المتبادلة .

الجلسات السادسة عشرة والسابعة عشرة والثامنة عشرة :

لقد امتنع كارل عن شرب المسكرات منذ بداية الجلسة الخامسة عشرة وحتى نهاية كل الجلسات العلاجية . ومع ذلك فقد اعترف بوجود بعض إلحاحات الشرب ، ولكنها تناقصت فى وقت قصير . وناقش معنا باستفاضة كبيرة أرجاعه إزاء عدم الشرب . ذكر أنه يشعر بالحزن والكآبة ، ويقول أنه مفتقد للشرب ، وشعر أنه فقد شيئاً مهما بالنسبة له ، وأقر بأنه محبط كذلك ومهموم ، لأنه كان دائما يشرب عندما يشعر بكدر المزاج ، ولكنه الآن لا يستطيع فعل ذلك . وحاولت أن أعيد صياغة مشاعر كارل بالنسبة له كما يدركها ، فقلت له إن قدرتك على إدراك أنك تفتقد الكحول تعد خطوة مهمة تجاه كونك ستكون قادرا على إدراك أن تعيش حياتك من دون شرب المسكرات ، وأن أرجاعك واستجاباتك تفترض الآن أنك لديك نوايا قوية وشديدة إلى حد كبير ، ألا تشرب . ويبدو أنه وجد نوعا من المساعدة له من هذه الصياغة المبررة ، ولكنه استمر فى الشعور بعدم الرضا وبالتنغيص والكرب من كونه متوقفا عن شرب المسكرات .

ولأن كارل حافظ على توقفه عن الشرب ، فانخفضت معدلات الرضا الزواجى لديه . وفيما سبق كان كارل قد قرر ارتفاع معدلات رضاه الزواجى بوضوح ، ولكنه أصبح أكثر تعاسة بسبب توقفه عن الشرب تماما . وعندما سألته عن تقديره الآن لرضاه الزواجى ، ذكر أنه شعر بأن هذه المعدلات «ذهبت لمكان ما» فى ضوء إرضاء الآخرين وإصلاح ذات البيْن . وبدأنا تدريبات التوكيدية والثقة بالنفس والقدرة على حل المشكلات ، وتصورت أن كارل يمكنه استخدام هذه المهارات ليعبر عن مشاعره لماريا بشكل أكثر مباشرة . وقام كارل وماريا بمناقشة إيجابية وقوية لمشاعر كارل أثناء الجلسة حول رغبته فى الصلح وعودة المياه لمجاريها ، وهموم ماريا حول مدى صعوبة ذلك ، مع توظيفهما لبعض المهارات الإيجابية التى اكتسبها . ووافق كلاهما على أن لديهما رغبة أكيدة الآن للعيش معا مرة ثانية ، ولكن الصعوبة التى تواجههما تتمثل فى كيفية تطوير الخطة التى يناط بها تنفيذ ذلك الأمر ، ومن ثم فقد استخدمنا أساليب تفصيلية لحل

المشكلات عبر جلستين علاجيتين لتطوير هذه الخطة وتنفيذها .

لقد كان المعوق الأساسى لإتمام الصلح معوقا ماليا . ولقد كانت ماريا تتلقى إعانة حكومية للعاطلين ، وإذا ما بدأت تعمل هى أو زوجها كارل ، فإن الإعانة العامة لها ستقل جوهريا . ومع ذلك ، فإنهما لكى يستطيعان العيش معا ، فإن عليهما - فى كل الأحوال - توفير أموال كافية كوسيلة لحمايتهم وتكفل لهما الأمن، ومن أجل تأمين ودفع إيجار الشهر الأول . وقررا معا وبشكل نهائي ، بأن تعمل ماريا كمصففة شعر للنساء «وبشكل خفى» لعدة ساعات أسبوعيا ، على أن يتولى كارل رعاية الطفلين أثناء قيامها بالعمل . وإذا ما سارت الأمور على ما يرام ، فإن كارل سيبدأ فى البحث عن عمل مرة أخرى ، وحينئذ سيكون كلاهما له عمل ، ومن ثم سينتقلان بطفليهما للإقامة مع والدة كارل حتى يمكنهما توفير بعض الودائع لتأمين حياتهما ودفع الإيجار ، على أن تكون الإقامة مع أمه فترة محدودة، ثم يحصلان بعد ذلك على شقة تجمعهم جميعا كأسرة معا يقيمون فى نيوجيرسى New Jersey أو يبحثون عن مقطورة[1] كبيت يعيشون فيه ويستقلونها للانتقال والعيش فى بيت بالإيجار بنورث كارولينا . وقد استخدما أساليب حل المشكلات ليطورا خطة للتعامل مع كيفية سداد ديونهم الأخرى .

إنهاء العلاج

لأن «كارل وماريا» كانا يمثلان جزءاً من الدراسة البحثية العيادية ، كان علينا إنهاء العلاج[2] بعد ثمانى عشرة جلسة (بما فيها جلسات علاج أو محاولات علاجه من التسمم الكحولى) ، فقد أحرزا تقدما جوهريا أثناء العلاج ؛ فقد استمر «كارل» ممتنعا عن الشرب لمدة شهر كامل أو يزيد ، وتعلمت «ماريا» كثيرا من الطرق الفعالة للتعامل مع الأطفال وكيفية تربيتهم ورعايتهم ، ولم تعد تتحدث عن همومها التى كانت متكررة فيما يتصل باستخدامها للأساليب العقابية البدنية معهما، وتحسنت تماما العلاقات الزوجية بينهما ، وأصبحت لديهما خطة واضحة ومحددة لجمع الشمل والعيش معا . ولكن الذى كان يشغلنى هو شعور «كارل» بالتنغيص وعدم الرضا النفسى بسبب توقفه عن الشرب ، ومن ثم فقد فكرت أن أعلمه فقط عددا قليلا من استراتيجيات التعايش والمواجهة الفعالة للتعامل مع

(1) Trailer .

(2) Treatment termination .

المواقف المثيرة للشرب لديه . ولم نعمل بطريقة مباشرة انطلاقا من أسلوب تحمل «كارل» للمسئولية فى مقابل تجنبه لها[1] ، فيما عدا حثه على ضرورة المحافظة على تعهداته بالاستمرار فى التوقف عن الشرب مهما كانت المبررات ، وأن يكون ذلك أحد أهدافه طويلة المدى التى سيعمل من أجلها باستمرار . كما أن تعهد كارل بتنفيذ الجزء الخاص به فى كل ما تم الاتفاق عليه يعد تعهدا شخصيا لن يقيمه أحد سواه . وكانا «الزوجان» مرتاحين بشأن إنهاء العلاج حتى هذه النقطة بوضوح ، ولكنهما تساءلا عن إمكانات المتابعة العلاجية ، واستفسرا عن جماعات المدمن المجهول أو أى جماعة أخرى من جماعات المساندة التى تهتم بالأزواج أو التوجهات السلوكية للتغير الإيجابى بدقة شديدة ، فأوعزت إليهما بالالتحاق بإحدى جماعات العلاج العقلانى (RR) ، وبإحدى جماعات المدمن المجهول التى تعقد اجتماعات خاصة للأزواج ، لأنها تكرس جهودها أساسا ، وتوظف معظم مناقشاتها لقضايا العلاقات الزوجية أكثر مما تفعله جماعات المدمن المجهول التى تركز على قضايا علاج الاعتماد على المسكرات . وإذا كنا قد أدرجْناهما أو وزعناهما على إحدى المجموعات التجريبية الأخرى فى الدراسة ، فكان يجب على إعطاءهما مواعيدا عديدة تتصل بجلسات المتابعة العيادية على امتداد العام التالى ، وهذا ما أفعله دائما فى ممارساتى العيادية مع العملاء الذين يعانون من مشكلات الشرب . على أية حال ، لقد حالت قيود الإجراءات البحثية العيادية دون تنفيذ إجراءات المتابعة العيادية لهما .

تعقيب :

كان «كارل وماريا» زوجين نمطيين بكل معنى الكلمة . وكان كارل شديد التردد والتناقض إزاء التغيير الإيجابى ، وكانت دافعيته للعلاج منخفضة وكان يتحسن ببطء بسبب تعليلاته الخارجية ، وكانت مقاومته للعديد من التدخلات السلوكية واضحة لنا تماما . وأعتقد أنه بدأ الاندماج فى العلاج عندما شعر بأنه ليس هو الوحيد الذى سينصب عليه العلاج ، وبعد أن بدأت ماريا فى مناقشة سلوكها العدوانى ومشاعرها العنيفة تجاهه . أما النقطة الجوهرية الثانية فى العلاج، فكانت كيفية تحدينا لمشكلة شربه المستمر . وكنت راضية تماما عن السماح لهما بإعادة التفاوض حول تحديد الشرب المعتدل كهدف علاجى ، ولكن

(1) Responsibility - avoidance style .

لم يكن فى تصورى أبدا أن ذلك سيدفع كارل ليشعر أن باستطاعته عقد اتفاق لفظى (للتوقف عن الشرب) ، مما يعطيه الفرصة بعد ذلك لكسر هذا الاتفاق وتجنبه . إن مواجهته بسلوكه المدمر دفعه إما إلى تأكيد ذاته وثقته بنفسه وإعادة التفاوض حول الأهداف العلاجية أو إلى مواصلة الالتزام بتنفيذ تعهداته التى قطعها على نفسه .

إن دور التدريب على المهارات السلوكية فى مساعدة «كارل» على الامتناع عن شرب المسكرات كان أقل فعالية وتأثيرا عليه بالمقارنة بما يحدث لدى عملاء آخرين . ولقد جرب كارل بالفعل عددا من المهارات التى قدمت له أثناء العلاج ، ولكنه اعتمد بالدرجة الأولى على استراتيجيات التعايش المعرفية . ومع ذلك ، كان دور الدعم والمساندة والتشجيع أكثر أهمية فى فهم تغير سلوك الشرب لدى كارل . وكانت علاقته الزواجية مهمة له فى بداية العلاج ، ومن ثم فقد ركز على الطرق التى تحسن هذه العلاقة ، وأصبح دعمها يمثل أعلى القيم بالنسبة له . أما ماريا فكانت شديدة الاتساق منذ البداية فى كل ما ذكرته ، حيث قررت منذ البداية بأنهما لن يستطيعا العيش معا والتصالح إذا لم يمتنع كارل عن الشرب تماما، وانصب اهتمامها على مناقشة الأهداف طويلة المدى لهذه العلاقة الزوجية ومستقبلها فى ظل شرب كارل ، ورأت أن كل إنجازهما يتمثل فى إمكانية العيش معا فى حياة إيجابية إذا ما انتقلا إلى نورث كارولينا .

وأخيرا ، فإن علاقتى بالزوجين ترجع بالدرجة الأولى إلى التغيرات الإيجابية التى قاما بها . فقد وجدت أنهما زوجين متحابين ويروقان لبعضهما على الرغم من الصعوبات التى تواجههما . وكان على فى بعض الأحيان أن أضايق «كارل» وأدفعه للإذعان لمطالب العلاج ، وأحيانا أخرى كنت أسوسه وأسترضيه حتى أنه علق فى نهاية العلاج بقوله ، «فى البداية لم أكن أعرف إذا كنت أميل إليك أم لا ، ولكن بعد ذلك عرفت أنك ذات نمط فريد من البراعة والذكاء ، وأنك فاتنة ، وأدركت كذلك أنك لن تتركينى ولن يهدأ لك بال إلا بعد تخليصى مما أنا فيه ، ولذلك قررت أن أعطيك هذه الفرصة فى النهاية» . أما «ماريا» فقد حاولت دعم قدراتها لرعاية نفسها وأن تلتفت لذاتها ، وارتبت فى كونها يمكن أن تنظر لى على أننى نموذج للمعالج الذى يؤدى دوره بأى معنى من المعانى . وغالبا ما كانت تسألنى كثيرا من الأسئلة الشخصية (عما إذا كنت متزوجة ، وما عمر ابنى) ، وقدمت لى حافظة للتقويم الميلادى كنوع من الشكر

على الانتهاء من العلاج . وترى بحوثنا العلاجية أن أفضل خبراتنا كمعالجين ينبغى أن تتجسد فى أن نكون أكثر نجاحا فى المحافظة على استمرار العملاء فى العلاج – (Epstein, McCrady, Miller & Steinberg, 1992) ، وتشككت فى أنه سيكون فى مقدورنا التعامل مع هذه العلاقات المعقدة من خلال مهارة واحدة تتمثل فى مدى أو حجم الخبرة التى اكتسبها المعالجون مهما كانت إحاطتهم بها .

مشكلات نمطية :

إن المشكلات التى عانت منها هذه الحالة التى عرضنا لها تعد مشكلات نمطية ، حيث أنها حضرت الجلسات العلاجية ، وهى تعانى من التسمم الكحولى، واستمرت فى شرب الكحولات أثناء تلقيها العلاج ، وكان شعورها متناقضا إزاء التغير المطلوب بذل جهد فيه ، ويكره إنجاز المهمات والواجبات المنزلية ولا يذعن لها ، وأثناء تقدم العلاج ظهر عديد من المشكلات الجديدة والأساسية . كما أن الكذب والفشل فى حضور الجلسات فى مواعيدها المحددة تعد نماذج لأنماط أخرى من السلوك التى يفصح عنها أحيانا بعض الحالات التى تعانى من مشكلات شرب المسكرات . وبالتعاون مع كارل وماريا معا ، استطعت تقليل هذه المشكلات النمطية ، لأن ماريا كانت شديدة التعلق ومرتفعة الدافعية من أجل الاستمرار فى العلاج ، وكان لديها شعور شديد بالمسئولية للمحافظة على كل مواعيد الجلسات العلاجية المحددة سلفا . وكذلك بتوجيههما معا لتسجيل عدد مرات الشرب بالإضافة إلى عدد مرات الإلحاح التى كان يعانى منها كارل ، حصلت على أوضح صورة لمشكلات شربه ، وكنت قادرة على الاحتفاظ بفكرة واضحة عن مدى التحسن أو التدهور والتراجع .

المنبئات العيادية للنجاح أو الفشل :

تتنبأ مجموعة من العوامل بنجاح العلاج أو فشله . ومع ذلك ، يجب علينا قبل الإحاطة بتلك العوامل أن نناقش تعريفات مفهوم «النجاح» . ففى حالة أى نوع من العلاج ، نجد أن قلة نادرة من العملاء هم الذين يتمكنون من تقليل كميات الشرب وعدد مراته بشكل جوهرى أو يتوقفون عنه تماما ثم يحافظون على الاستمرار فى التوقف أو لا يعانون من مشكلات التسمم والأعراض الانسحابية لزملة الأعراض الكحولية لمدد أو فترات زمنية طويلة (لعدة سنوات مثلا) (Helzer et al., 1985; Pettinati, Sugerman, Didonato & Maurer, 1982) . وتتباين النسبة بتباين الخصال السكانية (الديموجرافية) للجمهور ،

وخصال المتزوجين . وهذه النسبة لها استعمال ثابت ، وفترة زمنية ثابتة ، ومع ذلك لا يتحقق للأعراض النفسية المرضية المشتركة أفضل النتائج العلاجية . أضف إلى ذلك أن البيئة الاجتماعية التى يقيم فيها العميل بعد العلاج وأثناء فترة المتابعة تؤدى دورا مهما فى تحديد النتائج العلاجية طويلة المدى (Moos, Finney & Cronkite, 1990) .

إن المشاهدات المتصلة بنتائج طويلة المدى وغير المستقرة قد أدت بعدد من المعالجين للنظر إلى الكحولية على أنها اضطراب مزمن ، وكثير الانتكاس ، والنظر إلى النجاح فى علاجه على أنه عملية أكثر منه نتيجة ثابتة ومضمونة . ولكن العميل الذى يتعلم مهارات فعالة لتجنب الشرب المكثف ، كما يتعلم أيضا طرقا للتعايش مع الانتكاسات بتقليل طول فتراتها وحدتها ، يمكن النظر إليه على أنه نجح فى العلاج (Marlatt & Gordon, 1985) . وينصب اهتمام الباحثين فى دراسات النتائج العلاجية وتقويم العلاجات النفسية فى هذا المجال ، على حساب النسب المئوية لعدد أيام التوقف عن التعاطى أو الشرب ، وطول فترات التوقف أو الامتناع عن الشرب بالمقارنة بفترات الشرب المكثف كطرق لتقدير النجاح النسبى أكثر من تقديرها للنجاح المطلق .

ومن وجهة نظرى كمعالج ، فإننى أقرر أن ثمة خصالا محددة وأنماطا من السلوك التى يتسم بها عميل بعينه أو أى عميل تؤدى دورا فى تحديد نتائج العلاج؛ فالعميل الذى لديه دوافع شديدة لتغيير السلوك إلى الأفضل (سواء أكانت دوافع خارجية أم داخلية) ، ولديه قدر من الوعى والإدراك بالعلاقة بين شربه ومشكلاته الحياتية ، يكون من السهل علاجه والتنبؤ الدقيق بنجاح هذا العلاج .

كما أن قيامه بإنجاز واجباته المنزلية العلاجية منذ بداية الجلسات العلاجية، فضلا عن حضوره للجلسات وهو وقور ومعتدل فى شربه ، بالإضافة إلى أمانته وصدقه وعدم كذبه إزاء أنماط السلوك التى يبديها خارج نطاق الجلسات العلاجية وبين الجلسات ، تعد مؤشرات تنبؤية إيجابية أيضا .

ويضاف إلى كل ما سبق ، سلوك المعالج الذى يعد من المتغيرات التنبؤية المهمة لنجاح العلاج فقد أشارت دراسات عديدة لجوانب متباينة فى سلوك المعالج، أهمها التفهم ، والتعاطف ، وتحديد الأهداف العلاجية ، والتخطيط للعلاج، وتطوير أهداف الشرب بالتعاون مع العميل بدلا من تطويرها من وجهة

نظر المعالج فقط ، وتزويد العميل ببدائل واختيارات علاجية ، مما يدفع العميل للاستمرار فى العلاج والطاعة الميسرة للاستفادة منه .

الخلا صة :

إن مسألة تقديم علاج نفسى لأشخاص يعانون من مشكلات التعاطى أو شرب المسكرات ، تعد عملية معقدة ، ولكنها فى الوقت نفسه تعد عملية شيقة وممتعة . ويواجه خلالها المعالج بمجموعة من القرارات المعقدة التى تتصل باختيار مستوى الرعاية الملائم لكل عميل ، ومكان علاجه من دون إغفال وجهة نظره المرتبطة بذلك ، وما يناسبه من طرق وأساليب علاجية .

إن المهارات التشخيصية التى من شأنها تحديد المشكلات الطبية والنفسية والطبنفسية والمعرفية المصاحبة لشرب العميل ، تمثل تحديا للمعالج عند تعامله مع كل حالة على حدة . ويتطلب العلاج معرفة بكل أساليب العلاج السلوكى ، والقدرة على تكوين علاقة علاجية إيجابية بصفة عامة ، ومع العملاء المحبطين والمشكلين ومنخفضى الدافعية بصفة خاصة ، والقدرة على «التفكير فى المستقبل المهنى ومدى ازدهاره وتقدمه» .

والخلاصة أنه من الضرورى عقد جلسة فى بداية العلاج لرفع دافعية ذوى الشرب المكثف من العملاء لتقليل كمية الشرب ، والخضوع لعلاج أطول بسبب معاناته من الكحولية المزمنة ، وإقناعه بأن العلاج النفسى ليس عملية روتينية ينجزها شخص ضعيف الذكاء ، بل على العكس من ذلك تماما ، لأن المعالج لديه جسم من الإنتاج الفكرى النفسى العيادى والتجريبى الذى يرشده فى اختيار أنواع العلاج النفسى الملائمة لكل عميل ، كما أن لديه عددا ضخما من الدراسات النفسية العلاجية التى تحبذ اختيار بعض الأساليب العلاجية التى تخلص العميل من مشكلات محددة ، وتجعلنا نرفض بعضها الآخر . وفى حين أن معظم الأفراد الذين يعانون من مشكلات الشرب قد ينجحون فى القيام بتغيير أنماط سلوك الشرب إلى الأفضل طواعية وبإرادتهم الخالصة أو من دون مساعدة من أحد ، وفقا لما أشار إليه بعض الباحثين (Miller & Rollnick, 1991; Sobell & Toneatto, 1994) ، فإن العلاج النفسى والطبى يمكن أن يمدنا بوسائل فعالة لينجح هؤلاء العملاء فى تغيير مشكلة الحياة الأساسية .

بعض الملاحظات :

(١) كان «كارل وماريا» زوجين حقيقيين ، ولكن تحديد المعلومات وصياغتها ، وبعض جوانب الأساليب العلاجية تم مراجعتها لتحمى أسرارهم الخاصة .

(٢) جميع المحادثات قام المعالج بإعادة صياغتها مع الاحتفاظ بجوهر معانيها ، حفاظا على سرية المعلومات التى أدلى بها الزوجان .

(٣) وكانت كل المحادثات نسخا لفظية صاغها «كارل» ، كما راجع صياغة كل كلمة فيها ، قبل أن يتم نشرها .

REFERENCES

Alford, G. (1980). Alcoholics Anonymous: An empirical outcome study. *Addictive Behaviors, 5,* 359 - 370.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3 / 1 / 93.* Washington, DC: Author.

American Society of Addictive Medicine. (1991). *Patient placement criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders.* Washington, DC: Author.

Annis, H. M. (1982). *Inventory of Drinking Situations (IDS-100).* Toronto, Canada:Addiction Research Foundation of Toronto.

Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community- reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy, 14,* 339 - 348.

Azrin, N. H., Sisson, R. W., Meyers, R., & Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 13,* 105 - 112.

Babor, T. F., Stephens, R. S., & Marlatt, G. A. (1987). Verbal report methods in clinical research on alcoholism: response bias and its minimization. *Journal of studies on Alcohol, 48,* 410 - 424.

Chafetz, M. E., Blane, H. T., Abram, H. S., Golner, J., Lacy, E., McCourt, W. F., Clark, E., & Meyers, W. (1962). Establishing treatment relations with alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 134,* 395 - 409.

Cook, C. C. H. (1988a). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Part I. The philosophy and the programme. *British Journal of Addiction, 83,* 625 - 634.

Cook, C. C. H. (1988b). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Part II. Evidence and conclusions. *British Journal of Addiction, 83,* 735 - 748.

Edwards, G., & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence; provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Jounal, 1,* 1058 - 1061.

Emrick, C., Tonigan, J. S., Montgomery, H., & Little, L. (1993). Alcoholics Anonymous: What is currently known? In B. S. McCrady & W. R. Miller (Eds.), *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives.* New Brunswick, NJ: Alcohol Research Documentation.

Epstein, E. E., McCrady, B. S., Miller, K., & Steinberg, M. (1992, June). *Attrition from conjoint*

alcoholism treatment: Do dropouts differ from completers? Paper presented at the Annual Meeting of the Research Society on Alcoholism, San Diego, CA.

Femino, J., & Lewis, D. C. (1980). *Clinical pharmacology and therapeutics of the alcohol withdrawal syndrome.* Brown University Program in Alcoholism and Drug abuse, Medical Monograph No. 1.

Filstead, W. (1991).*Two-year treatment outcome. An evaluation of substance abuse services for adults and youths.* Park Ridge, IL: Parkside Medical Services.

Frankenstein, W., Hay, W. M., & Nathan, P. E. (1985). Effects of intoxication on alcoholics' marital communication and problem solving. *Journal of Studies on Alcohol, 46,* 1 - 6.

Gomberg, E. L. (1980). *Drinking and problem drinking among the elderly.* Ann Arbor, MI: University of Michigan Institute of Gerontology.

Gorski, T., & Miller, M. (1986). *Staying sober: A guide for relapse prevention.* Indepen-dece, MO: Independence Press.

Hasin, D. S., Grant, B. F., & Endicott, J. (1988). Lifetime psychiatric comorbidity in hospitalized alcoholics: Subject and family correlates. *International Journal of the Addictions, 23,* 827 - 850.

Hayashida, M., Alterman, A. I., McLellan, A. T., O'Brien, C. P., Purtill, J. J., Volpicelli, J., Raphaelson, A. H., & Hall, C. P. (1989). Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal. *New England Journal of Medicine, 320,* 358 - 365.

Helzer, J. E., Robins, L. N., Taylor, J. R., Carey, K., Miller, R. H., Combs-Orme, T., & Farmer, A. (1985). The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities. *New England Journal of Medicine, 312,* 1678 - 1682.

Hesselbrock, M., Meyer, R., & Keener, J. J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry, 42,* 1050 - 1055.

Hester, R., & Miller, W. R. (1989). *Handbook of alcoholism treatment approaches.* New York; Pergamon Press.

Hunt, G. M., & Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy, 11,* 91 - 104.

Kedden, R. M., Conney, N. L., Getter, H., & Litt, M. D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Posttreatment results.*Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 698 - 704.

Kaufman, E. (1984). *Power to change Family case studies in the treatment of alcoholism.* New York: Gardner Press.

Margolin, G., Talovec, S., & Weinstein, C. D. (1983). Areas of Change Questionnaire: A practical approach to marital assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 921 - 931.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.), (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

McCrady, B. S. (1990). The marital relationship and alcoholism treatment, In R. L. Collins, K. E. Leonard, B. A. Miller, & J. S. Searles (Eds.), *Alcohol and the family: Research and clinical perspectives* (pp. 338 - 355). New York: Guilford Press.

McCrady, B. S. (1992). A reply to Peele: Is this how you treat your friends? *Addictive Behaviors, 17*, 67 - 72.

McCrady, B. S., & Epstein, E. E. (in press). Marital therapy in the treatment of alcohol problems. In N. Jacobson & A. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

McCrady, B. S., & Irvine, S. (1989). Self-help groups in the treatment of alcohloism. In R. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches*. New York: Pergamon Press.

McCrady, B. S., Longabaugh, R. L., Fink, E., Stout, R., Beattie, M., Ruggieri-Authelet, A., & Mc Neill, D. (1986). Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: Twelve-month outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 708 - 713.

McCrady, B. S., & Raytek, H. (in press). Women and substance abuse: Treatment modalities and outcome. In E. Gomberg & T. D. Nirenberg (Eds.), *Women and substance abuse*. Ablex Press.

McCrady, B. S., Stout, R., Noel, N., Abrams, D., & Nelson, H. F. (1991). Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment. *British Journal of Addiction, 86*, 1415 - 1424.

Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism, *Psychological Bulletin, 98*, 84 - 107.

Miller, W. R., & Hester, R. (1986). Inpatient alcoholism treatment: Who benefits? *American Psychologist, 41*, 794 - 805.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M., & Cooney, N. L. (1989). *Treating alcohol dependence. A coping skills training guide*. New York: Guilford Press.

Moos, R., & Billings, A. (1982).

Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic and matched control families. *Addictive Behaviors, 7,* 155 - 163.

Moos, R., Finney, J., & Cronkite, R. (1990). *Alcoholism treatment: Context, process, and outcome.* New York: Oxford University Press.

Moos, R., Finney, J. W. & Gamble, W. (1982). The process of recovery from alcoholism. II. Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol, 43,* 888 - 909.

Nathan, P. E., &McCrady, B. S. (1987). Bases for the use of abstinence as a goal in the behavioral treatment of alcohol abusers. *Drugs and Society, 1,* 109 - 132.

O'Farrell, T. J., & Cutter, J. S. G. (1984). Behavioral marital therapy couples groups for male alcoholics and their wives. *Journal of Substance Abuse Treatment, 1,* 191 - 204.

Ojehegan, A., & Berglund, M. (1989). Changes in drinking goals in a two-year outpatient alcoholic treament program. *Addictive Behaviors, 14,* 1 - 10.

Orford, J., Guthrie, S., Nicholls, P., Oppenheimer, E., Egert, S., &Hensman, C. (1975). Self-reported coping behavior of wives of alcoholics and its association with drinking outcome. *Journal of Studies on Alcohol, 36,* 1254 - 1267.

Orford, J., & Keddie, A. (1986). Abstinence or controlled drinking in clinical practice: A test of the dependence and persuasion hypotheses. *British Journal of Addiction, 81,* 495 - 504.

Paolino, T. J., Jr., McCrady, B. S., & Diamond, S. (1978). Some alcoholic marriage statistics: An overview. *International Journal of Addictions, 13,* 1252 - 1257.

Parsons, O. A., Butters, N., & Nathan, P. E. (Eds.), (1987). *Neuropsychology of alcoholism: Implications for diagnosis and treatment.* New York: Guilford Press.

Peele, S. (1992). Alcoholism, politics, and bureaucracy: The consensus against controlled-drinking therapy in America. *Addictive Behaviors, 17,* 49 - 62.

Pettinati, H. M., Sugerman, A. A., DiDonato, N., & Maurer, H. S. (1982). The natural history of alcoholism over four years after treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 43,* 201 - 215.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Treanstheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Resarch and Practice, 19,* 276 - 288.

Robins, L. N., Winge, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens. R., Regier, D. A., Sartorius, N., & Towle, L. H. (1988). The prevalence of psychiatric dis-

orders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry, 45,* 1023 - 1031.

Room, R. (1993). Alcoholics Anonymous as a social movement. In B. S. McCrady & W. R. Miller (Eds.), *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives.* New Brunswick, NJ: Alcohol Research Documentation.

Ross, H. E., Glaser, F. B., & Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry, 45,* 1023 - 1031.

Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry, 127,* 1653 - 1658.

Sisson, R. W., & Azrin, N. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 17,* 15 - 21.

Skinner, H., & Allen, B. A. (1982). Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology, 91,* 199 - 209.

Sobell, M. B., Maisto, S. A., Sobell, L. C., Cooper, T., & Saunders, B. (1980). Developing a prototype for evaluating alcohol treatment effectiveness. In L. C. Sobell, M. B. Sobell, & E. Ward (Eds.), *Evaluating alcohol treatment effectiveness: Recent advances.* New York: Pergamon Press.

Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Toneatto, T. (in press). Recovery from alcohol problems without treatment. In N. Heather, W. R. Miller, & J. Greeley (Eds.), *Selfcontrol and addictive behaviors.* New York: Pergamon Press.

Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38,* 15 - 28.

Thomas, E. J., Santa, C., Bronson, D., & Oyserman, D. (1987). Unilateral family therapy with the spouses of alcoholics. *Journal of Social Service Research, 10,* 145 - 162.

Trimpey, J. (1989). *The small book.* New York: Delacorte Press.

Vaillant, G. (1983). *The natural history of alcoholism.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Wallace, J., McNeill, D., Gilfallan, D., MacLean, K., & Fanella, F. (1988). I. Six-month treatment outcomes in socially stable alcoholics: Abstinence rates. *Journal of Substance Abuse Treatment, 5,* 247 - 252.

Zitter, R. E., &McCrady, B. S. (1979). *The Drinking Patterns Questionnaire.* Unpublished manuscript.

الفصل العاشر

اضطراب الشخصية البينية

الفصل العاشر

اضطراب الشخصية البينية (١)

مارشا م. لينهان
Marsha M. Linehan

كونستنس أ. كيهرر
Constance A. Kehrer

جامعة واشنطن ، سياتل

ترجمة

دكتور صفوت فرج

قسم علم النفس جامعة القاهرة

يعرض هذا الفصل أحد أهم مناحى التقدم على الإطلاق فى العلاج النفسى. والقليل من المعالجين النفسين يرغبون المهمة البالغة الصعوبة والمشينة لعلاج الافراد البينيين ، وبالتالى يصبح هؤلاء الناس من بين أكثر الحالات احتياجاً لمواجهة الموقف العلاجى ، وهم يفرضون أيضاً قدراً من العبء على نظام الرعاية الصحية .

وقد طورت لينهان Linehan وزملاؤها على امتداد العقد السابق علاجا نفسيا للأفراد اصحاب الشخصية البينية . والاكثر أهمية من ذلك هو أن البيانات المتوافرة تشير إلى أن هذا العلاج فعال بمقارنته بالتدخلات البديلة . وإذا ظلت هذه النتيجة قائمة فى الممارسات الإكلينيكية المستقبلية ، فإن هذا العلاج سيشكل أحد أكثر الإسهامات الجوهرية التى يتسلح بها المعالج النفسى فى العصر

---

(1) Borderline Personality Disorder (BPD)

الحاضر. وما يبدو أكثر تشويقاً من ذلك ، هو أن هذا المنحى يمزج المناحى النفسية الدينامية ونظم التفاعل بين الاشخاص (1) والعلاج المعرفى السلوكى فى كل متماسك . وقد أضافت لينهان Linehan لهذا المزيج خبرتها الشخصية فى الفلسفات والعقائد الشرقية .

ومن بين أكثر الاستراتيجيات المساهمة إثارة للاهتمام طريقة «النفاذ إلى التناقض الظاهرى »(2) والامتداد(3) المأخوذة عن أيكيدو Aikido ، وهى صيغة يابانية للدفاع الذاتى . وبالتالى تظل المؤلفتان على ولائهما للأسس التجريبية لمنحاهما . وتتضمن دراسة الحالة الرائعة المعروضة فى سياق هذا الفصل إيضاحا لخبرة لينهان العلاجية والتوقيت الاستراتيجى بطريقة لاتقدر بثمن لكل المعالجين ، الذين يعملون مع حالات اضطراب الشخصية . وتعرض النتائج المدهشة والمثيرة عبء المسئولية الاكلينيكية الضخم الكامن فى أى موقف علاجى ، بالإضافة إلى القضايا العملية التى تظهر عندما يفشل العلاج تماماً.

- د . هـ . ب

مقدمة

يتفق الأخصائيون الإكلينيكيون عموماً على أن تشخيص اضطراب الشخصية البينية من الأمور المثيرة للتحدى وصعوبة العلاج . ومن المؤكد أن علاج الأشخاص البينيين أمر يقدم عليه كثير من الممارسين بالرهبة والاهتمام . وعديد من الأنماط السلوكية التى تمثل تعريفاً للحالة مشكلة على وجه الخصوص ، وتعد من بين أكثر المواجهات المثيرة لتوتر المعالج (Shearin & Linehan, 1989) . وربما تكون حالات الانتحار المرتفعة بشكل عام بين أفراد هذه الفئة هى محور الاهتمام الاكبر ، فمن بين ٧٠٪ إلى ٧٥٪ من العملاء البينيين لديهم تاريخ سابق لمحاولة انتحار واحدة (Clarkin, Widiger , Frances , Hurt , & Gilmore, 1983 ; Cowdry, Pickar, & Davies, 1985) معرفة باعتبارها

(1) Interpersonal systems
(2) Entering the paradox
(3) Extending

أى سلوك متعمد وعنيف لإيذاء الذات بقصد أو دون قصد له ، بما فى ذلك حالات الانتحار وتشويه الذات . وتعد التهديدات بالانتحار والأزمات من الامور المتكررة بين أولئك ، الذين لم يتورطوا على الإطلاق فى سلوك شبه انتحارى . وعلى الرغم من أن كثيراً من هذا السلوك لا توجد له مترتبات قاتلة ، إلا أن ما بين ٥ ٪ إلى ١٠ ٪ ينتحرون بعد ذلك . (Stone, Stone, & Hart, 1987 ; Paris, Brown, & Nowlis, 1987; Frances , Fyer, & Clarkin, 1986) . ولدى الأشخاص البينيين أيضاً صعوبات فى الغضب والتعبيرات الغاضبة ، ومن المعتاد أن يوجه الغضب الحاد إلى المعالج . والوجود المشترك لأعراض الشخصية البينية مع حالات المحور الأول ، مثل : الاضطراب الوجدانى أو القلق واضطرابات الشخصية الاخرى يؤدى بوضوح إلى تعقيدات أكثر للعلاج .

وتحدد حاليا محكات اضطراب الشخصية البينية فى الدليل التشخيصى والاحصائى الرابع للاضطرابات العقلية (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, DSM-IV American Psychiatric Association [APA], 1993) وبالمقابلة التشخيصية للبينيين (١) (Gunderson &Kolb, 1987 ; Gunderson, Kolb, & Austin, 1981 ; Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989) ، وهى أكثر أدوات التقييم استخدامًا فى البحوث ، وتعكس نمطاً متمكناً من عدم الاستقرار وعدم التحكم عبر المجالات الانفعالية ، والسلوكية ، والمعرفية ، والتفاعلية . وبإعادة تنظيم وتلخيص بعض المحكات فى كل مجال (أنظر لينهان Linehan, 1993 a) يتبين أن الأفراد البينيين يتسمون بالخصائص الآتية .

أولاً ، أنهم يعانون على وجه العموم من عدم تحكم وعدم استقرار ، واستجاباتهم الانفعالية عبارة عن ردود أفعال ، وعادة ما يكون لدى الواحد منهم صعوبات تتعلق بنوبات اكتئابية ، وقلق ، وتهيج بالإضافة إلى مشكلات تتعلق بالغضب والتعبيرات الغاضبة .

ثانيًا ، لدى الاشخاص البينيين انماط من عدم التحكم السلوكى يستدل عليها من خلال السلوك القهرى المتطرف والمشكل . وكما ذكرنا من قبل فإن احد

---

(1) Diagnostic Interview for Borderlines

(2) Depersonalization

الخصائص المهمة لدى الاشخاص البينيين ، هى ميلهم لسلوك تدمير الذات الواضح والمباشر . وتظهر لديهم كثيراً محاولات إيذاء وتشويه الذات ، أو قتلهم لأنفسهم ، بالإضافة الى الانتحار الفعلى بين افراد هذه الفئة.

ثالثا ، أحياناً ما يفتقد الأشخاص البينيون التحكم المعرفى .

وباختصار فإن التفكير غير الذهانى وعدم التحكم الحسى بما فى ذلك مشاعر عدم التشخص ، والتفكك والهذاءات ، بما فى ذلك هذاءات حول الذات تحدث أحيانا نتيجة للمواقف المثيرة للتوتر ، وعادة ما تتوقف عند زوال التوتر، كما أن عدم التحكم فى الإحساسات بالذات شائع . وعادة ما يذكر الأفراد البينيون أنهم يفقدون إحساسهم كلية ، ويشعرون بالخواء ولا « يعرفون » من هم .

رابعًا ، كثيراً ما يعانى الافراد البينيون من عدم التحكم فى تفاعلاتهم مع الآخرين . وقد تكون علاقاتهم مشوشة ، أو حادة وتتسم بالصعوبات . وعلى الرغم من أن علاقاتهم بهذا القدر من الصعوبات ، إلا أن الافراد البينيين دائماً ما يجدون أنه من الصعوبة بمكان فصم علاقاتهم، وهم ينخرطون بدلاً من ذلك وبجهد حاد ومسعور فى منع الأشخاص ذوى المكانة بالنسبة لهم من تركهم لهم . وتسمح الصيغة المتداخلة لتعريف الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع بقدر جوهرى من عدم تجانس التشخيص والخبرة العلاجية والخبرة الإكلينيكية مع العملاء البينيين ، مؤكدة أن هذه الفئة التشخيصية تشمل مجموعة غير متجانسة .

وقد تضمن العقد الماضى اكتشافات بارزة فى التراث الإكلينيكى لاضطراب الشخصية البينية . وتشير مراجعة التراث الحالى أن أكثر من ٤٠ ٪ من المقالات المنشورة المتعلقة باضطرابات الشخصية كرست للبحوث حول اضطراب الشخصية البينية وحده (Widiger & Frances, 1989) . ويتمتع اضطراب الشخصية البينية الآن بجدارة أنه أكثر مجالات البحوث اتساعاً فى اضطرابات الشخصية . وعلى الرغم من هذا الاهتمام الواسع ، فإن بحوث العلاج المعتمدة على الحقائق التجريبية لاضطرابات الشخصية البينية مازالت مفتقدة . وبالأخذ فى الاعتبار الصعوبات الضخمة للقيام بعلاج نفسى للأفراد البينيين حتى فى المواقف الاكلينيكية دون التعقيدات الإضافية للدراسات البحثية ، فإن ندرة بحوث النتائج العلاجية المضبوطة والدقيقة ربما يكون مفهوماً . وبالتالى فإن كفاءة العلاج فى العديد من الوسائل العلاجية المطبقة حالياً لعلاج العملاء البينيين لم تعرض بعد تجريبيا ، ولاتوجد حالياً اختيارات بين أساليب مختلفة لعلاج اضطراب الشخصية البينية ..

طرق العــــلاج

طبقت مجموعة متنوعة من الطرق لعلاج اضطراب الشخصية البينية . وعلى الرغم من انه ليس من أهدافنا عرض مراجعة أكاديمية لهذا التعدد فى طرق علاج اضطراب الشخصية البينية ، إلا آننا نعتقد أنه من المفيد تقديم مراجعة مختصرة للعلاجات الحالية ، قبل أن نعرض تفصيلاً للعلاج الجدلى [(١)] السلوكى (للحصول على مراجعة متعمقة للعلاجات المقارنة ، نشير على القارئ بالرجوع إلى Tutek & Linehan, 1993) .

العلاج الدينامى

تتضمن الاساليب النفسية الدينامية التى حظيت بأكبر قدر من الاهتمام أعـــمـــال كـــيـــرنبـــرج (Kernberg, 1975 , 1984 ; Kernberg,Selzer, Koenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1989) ، وما سترسون (Masterson 1976, 1981) ، ورينسلى (1982) Rinsley وادلر وبيـــو (Adler and Buie Adler, 1981, 1985 ; Adler & Buie, 1979; Buie & Adler, 1982) وجوندرسن (Gunderson (1984 وكانت إسهامات كيرنبرج هى الأبرز بين هؤلاء ، وكان نموذجه لعلاقات الموضوع [(٢)] شاملاً من حيث النظرية والأسلوب، كما كان له تأثير بالغ على تراث التحليل النفسى . وكان علاجه النفسى التعبيرى[(٣)] للعملاء البينيين يؤكد ثلاثة عوامل أولية : التفسير[(٤)] ؛ والحفاظ على الحياد الفنى [(٥)] وتحليل التحول [(٦)] ، ويقوم محور العلاج على الكشف عن الصراعات التنفيسية الداخلية وحلها ، وتتضمن الأهداف العلاجية تحكماً متزايداً فى الاندفاعية وتحمل القلق ، والقدرة على تعديل الحالة الوجدانية ، وتطوير علاقات تفاعلية مستقرة .

وقد أبرز كيرنبرج أيضًا علاجًا نفسيًا تدعيميًّا [(٧)] لعلاج العملاء البينيين

---

(1) Dialectical Behavior Therapy
(2) Object - relations
(3) Expressive psychotherapy
(4) Interpretation
(5) Maintenance of technical neutrality
(6) Transference analysis
(7) Supportive psychotherapy

شديدى الاضطراب . والعلاج التدعيمى مثله فى ذلك مثل العلاج التعبيرى يؤكد بشدة أهمية التحويل (١) ، على الرغم من أن هناك احتمالاً اقل لتقديم تفسيرات فى وقت مبكر خلال العلاج ، ويتم فيه الكشف عن التحويل السلبى فقط . وقد ظلت محاور كل من العلاج التعبيرى والتدعيمى متجهة طوال السنوات الماضية نحو السلوك الانتحارى وسلوك التدخل فى العلاج (٢) .

ويبدو من الصعب تقييم أى من النماذج الكبرى من حيث فعالية العلاج النفسى الدينامى . وكما سبق الإشارة ، فإن العملاء من ذوى اضطراب الشخصية البينية يشكلون مجموعة متطرفة فى عدم تجانسها ، ودائماً ما يوجد خلط بينهم وبين الافراد الذين لا يستوفون محكات اضطراب الشخصية البيئية ، يضاف الى ذلك أن الدراسات الطبيعية تلقى شكا على جدوى العلاج بالتحليل النفسى الذى يستغرق وقتاً طويلاً . والعديد من العملاء إن لم يكن أغلبهم يفشل فى إكمال فترة الشهور الستة للعلاج (Kernberg et al., 1972; Stone et al., 1987; Waldinger & Gunderson, 1984)

وقد طور مارزالى ومنرو – بلوم (Marziali and Monroe- Blum, 1987; Munroe - Blum & Marziali, 1987) بالإضافة الى العلاجات الفردية ذات التوجه النفسى الدينامى طريقة علاجية نفسية دينامية جمعية لعلاج اضطراب الشخصية البينية ، هى « العلاج النفسى التدبرى للعلاقة » (٣) ويتميز علاج تدبر العلاقات عن مناحى العلاج النفسى الدينامى التقليدية بتأكيده مرحلة توجه العميل ، وكذلك إمكان توفر المعالج خارج صيغة المجموعة . وينشغل العملاء فى إطار الموقف الجمعى بصورة فردية ، ويشجعون على التعبير عن صراعاتهم الداخلية حول الاعزاءات الذاتية ، مع تقديم بقية أعضاء الجماعة لعائد، يضاف إلى ذلك أن الصيغة الجماعية تساعد على تخفيف كثافة العلاقة التحويلية بين العملاء ومعاونى المعالج ، وتساعد على تشكيل جلسات محدودة للأعضاء من أصحاب التحكم الضئيل فى الاندفاعات . وتشير نتائج أولية لدراسة أكلينيكية مضبوطة تقارن بين علاج تدبر العلاقات والعلاج الفردى المعتاد فى

---

(1) Transference
(2) Therapy - interfering behavior
(3) Relationship management psychotherapy (RMP)

المجتمع إلى عدم وجود فروق فى النتائج العلاجية خلال ستة شهور من المتابعة) Munroe- Blum &Marziali, 1987, Clarkin, Marziali &Munroe -Blum,1991) .

وعلى الرغم من ذلك ، فإن العملاء الذين استمروا فى أى من المجموعتين، أو فى العلاج الفردى تحسنوا بقدر أكبر جوهرياً وفق المؤشرات السلوكية مقارنة بالعملاء الذين تركوا العلاج . وتحذر النتائج الأولية من تفسير الفاعلية العلاجية لعلاج تدبر العلاقات .

العلاج التفاعلى

تعد مناحى التفاعل التى تهدف تقديم صياغة نظرية وعلاجاً لاضطرابات الشخصية حديثة نسبيًا . ومن بين هذه المناحى التحليل البنائى للسلوك الاجتماعى (1) لبنجامين (Benjamin (1974, 1979, 1993 ، والذى حظى بقدر كبير من الاهتمام . ويعرض هذا النظام التصنيفى الذى يعتمد على نظام التصنيف التفاعلى للسلوك نظرية قابلة للاختبار ؛ لفهم كيف أن اضطرابات الشخصية تنشأ وتستمر لدى فرد ما ، إلى حد كبير ، من خلال خبرات التعلم الاجتماعى للفرد . ويحاول تحليل بنجامين البنائى للسلوك الاجتماعى قياس كل من السلوك التفاعلى والتفاعلات النفسية الداخلية لدى الفرد على امتداد ثلاثة أبعاد: محور السلوك (هل هو حول « الذات ، أم نحو «الاخرين ») ، الاعتماد المتبادل (2) والانتماء (3) .

ووفقاً لما يذكره بنجامين ، فإن منحى التحليل البنائى للسلوك يعد واعداً من حيث تحسينه للفائدة الأكلينيكية لأوصاف اضطرابات الشخصية فى الدليل التشخيصى والاحصائى الرابع للاضطرابات العقلية وزيادة ثباتها، كما يمكن استخدامة أيضاً لصياغة توقعات حول مترتبات السلوك خلال التفاعلات الثنائية، ولتخطيط التدخلات القائمة على هذه التوقعات (Benjamin, 1993) . ويسير منحى إعادة التعلم البنائى (4) ؛ فى التحليل البنائى للسلوك عبر ست مراحل للعلاج:

---

(1) Structural analysis of social behavior (SASB)

(2) Interdependence

(3) Affiliation

(4) Reconstructive Learning (SASB- RCL)

(١) إقامة علاقة تعاونية بين العميل والمعالج .

(٢) توفير استبصار وفهم لماضى العميل والانماط الراهنه لتفاعلاته .

(٣) تقوية ارادة العميل للتخلى عن الرغبات الهدامة والمخاوف .

(٤) مساندة قرارات العميل التالية لتخليه عن الأنماط الاولية للتفاعل .

(٥) معالجة الخوف التالى لقرارات التغيير هذه .

(٦) إبراز ذات جديدة .

ومنحى بنجامين حديث نسبياً ، ولا توجد حتى الان بيانات حول فعاليتة العلاجية .

العلاج المعرفى

حظى علاج اضطراب الشخصية البينية باهتمام متزايد من المنظرين المعرفيين . وينظر منحى بيك (Beck, Freeman, & Associates, 1990) إلى التشوهات المعرفية أو أخطاء التفكير على أنها مسئولة أوليا عن مشكلات سلوك البينيين وتفاعلاتهم . ويعتقد أن هناك ثلاثة فروض تنطبق تماماً على العملاء البينيين : « العالم خطير وحقود » ، « أنا بلا قوة وعرضة للانجراح » ، « أنا غير مقبول اساسا » . ويلاحظ التفكير الثنائى (« الكل أو لاشيء » ، ابيض أو أسود ») بوصفه خاصية محورية فى خصائص السلوك المتطرف فى اضطراب الشخصية البينية ، والذى يصبح المحور الاول للعلاج الذى ينحو إلى إقرار علاقة تعاونية مبنية على الثقة . ويعد المنحى العام لبيك أحد مناحى « الاكتشاف الموجه » [١] وحيث يتعاون المعالج والعميل للحصول على بيانات جديدة ، ويوضع تأكيد إضافى لتطوير أهداف سلوكية عيانية ، وتحسين التحكم الانفعالى والسلوك الاندفاعى ، وتقوية إحساس العميل بالهوية .

وتحاول كل من الاساليب المعرفية السلوكية لتيرنر (Turner, 1984 & Hersen, 1981) ويونج (Young, 1983, 1990; Young & Swoft, 1988) وبرتيزر Prtzer (1990) مواجهة بعض الصعوبات ، التى ظهرت فى المناحى المعرفية التقليدية لعلاج العملاء البينيين . ويفترض تيرنر Turner أن مخططات

---

(1) Guided discovery

سوء التوافق تتدعم عبر الزمن لتؤدى إلى الخصائص المشكلة لاضطراب الشخصية البينية . ويتضمن نموذجه العلاجى متعدد النظم [1] علاجاً دوائيا متزامناً مع علاج فردى وعلاج نفسى تعليمى جمعى ، وحيث تستهدف بعض الاستراتيجيات المعينة آفات مهارات تدبر التفاعلات والقلق . ويقرر يونج Young بالمثل أن أنماط التفكير المستقرة (مخططات سؤ التوافق المبكرة) يمكن أن تتطور خلال الطفولة ، وتؤدى إلى سلوك غير متوافق ، يدعم بدوره هذه المخططات . ويتضمن علاجه المعرفى المرتكز على المخططات مجموعة متنوعة من أساليب التدخل ، التى تهدف مواجهة هذه المخططات المبكرة وتغييرها . ويؤكد منحى بيرتزر Pretzer على تعديل العلاج المعرفى المعيارى ليتجه نحو الصعوبات ، التى دائماً ما تقابل خلال علاج العملاء البينيين ، مثل : إقامة علاقة تعاونية بين المعالج والمريض ، ومواصلة العلاج التوجيهى ، وتحسين الإذعان للواجبات المنزلية .

وقد نشر بيرتزر ويونج حتى الان القليل حول طرقهما العلاجية ، ولا توجد بيانات تتعلق بنتائجهما . وعلى الرغم من ذلك ، فقد ذكر تيرنر Turner بيانات لدراسة حالة لأربعة عملاء ، وأكمل حديثًا دراسة مضبوطة لأسلوبه العلاجى (Turner, 1989, 1992) ، وتشير البيانات إلى نتائج واعدة ، مع تقارير حول حدوث انخفاض تدريجى فى المشكلات المعرفية والسلوكية والقلق والاكتئاب .

العلاج النفسى الدوائى

اتجهت البحوث النفسية الدوائية لاضطراب الشخصية البينية إلى التركيز على ثلاثة مجالات متمايزة للانماط السلوكية ، التى تلاحظ عادة لدى هؤلاء العملاء : عدم الاستقرار الوجدانى ، والظواهر الذهانية العابرة ، والسلوك الاندفاعى العدوانى . وقد درس تأثير عدد من العقاقير بما فى ذلك المهدئات العصبية (Cowdry & Gardner, 1988; Soloff al; 1989) . ومضادات الاكتئاب (Cowdry & Gardner, 1988 ; Pearsons et al., 1989 ; Soloff et ., 1989) والمهدئات الصغرى (Faltus, 1984 ; Gardner & Cowdry, 1986) والعقاقير المضادة للتشنجات (Cowdry & Gardner , 1988) وأملاح اللثيوم (Links, Steiner, Boiage, & Irwin , 1990) .

(1) Structured Multimodal Treatment

وتشير النتائج بصفة عامة إلى أن بعض العقاقير قد تكون مفيدة لتحسين التقديرات الخاصة بالأداء العام ، والاكتئاب واعراض المزاج الفصامى والسلوك الاندفاعى العدوانى (للحصول على مراجعة ممتازة للموضوع انظر Gardner & Cowdry, 1989) . وعلى الرغم من ذلك يبدو الحرص واجبًا عند التفكير فى العلاج النفسى الدوائى لهذه الفئة من العملاء . ويتعين على المعالجين أن يكونوا مطلعين على الاحتمالات الخاصة بالآثار الجانبية والمضادة ، ومشكلات الإذعان، وسوء استخدام العقاقير ومحاولات الانتحار. وبأخذ هذه التحذيرات بعين الاعتبار، قد تكون الملاحظة الدقيقة للعلاج النفسى الدوائى مفيدة ومساعدة للعلاج النفسى فى علاج اضطراب الشخصية البينية .

العلاج الجدلى السلوكى

انطلق العلاج الجدلى السلوكى (١) من العلاج المعرفى السلوكى المعيارى لاضطرابات الشخصية البينية ، ولحالات الانتحار المزمنة وللأفراد المتطرفين فى سوء توافقهم . ويمزج التوجه النظرى للعلاج كل من نظريات السلوك ونظريات التدخل فى الازمات مع تأكيد التقبل والتحمل الماخوذين من كل من التأمل (٢) الغربى وممارسات التأمل (٣) الشرقية . وموازنة هذه التأكيدات بالتأكيدات المناظرة الخاصة بالتغير يتحقق فى إطار عمل الموقف الجدلى. وعلى الرغم من أن الجدلية اقتبست بداية كوصف لهذا التأكيد على التوازن ، إلا أنها احتلت على الفور موقع المبادئ الموجهة التى طورت العلاج فى اتجاهات لم تكن متوقعة أصلاً .

ويعمل العلاج السلوكى الجدلى فى إطار موقف نظرى متسق . وعلى الرغم من ذلك ، فإن الإجراءات الفعلية ولاستراتيجيات تتداخل جوهريا مع تلك التوجهات العلاجية العديدة البديلة ، بما فى ذلك علم النفس الدينامى ، والعلاج المتمركز حول العميل ، والعلاجات الاستراتيجية والمعرفية . وفيما يلى الفلسفة والنظرية الكامنة خلف العلاج السلوكى الجدلى وكذلك البرنامج العلاجى .

---

(1) Dialectical Behavior Therapy (DBT)
(2) Contemplation
(3) Meditation

الجدلية

يشير تعبير الجدلية [١] كما يطبق فى العلاج السلوكى لكل من الطبيعة الأساسية للواقع، ومنهج فى الحوار الإقناعى [٢] والعلاقة (للاطلاع على توثيق للتحول نحو المناحى الجدلية فى العلوم خلال المئة والخمسين عاما الأخيرة ، انظر Wells مشاراً إليه فى Kegan, 1982) . وكمنظور عالمى أو موقف فلسفى ، توجه الجدلية الاخصائى الأكلينيكى إلى تطوير فروض نظرية تتعلق بمشكلات العميل والعلاج . ومثلما يوجد تعاقب بين الحوار والعلاقة ، فإنه يشير إلى المنحى العلاجى أو الاستراتيجيات التى يستخدمها المعالج لاحداث التغير. وبالتالى فإن محور العلاج السلوكى الجدلى عبارة عن عدد من الاستراتيجيات العلاجية الجدلية . وستوصف فيما بعد فى هذا الفصل .

الجدلية كفكرة عالمية

فكرة الجدلية العالمية تؤكد الكلية [٣] والتعلق المتبادل [٤] وعمليات (التغيرات) كخصائص أساسية للواقع . ومثلما يوجد فى نظريات السياقات والنظم، فإن الرؤية الجدلية تجادل فى تحليل أى نظام له نتائج محددة مالم يربط التحليل بوضوح علاقة الأجزاء بالكل . وعلى الرغم من أن الجدلية تركز اهتمامها على الكل ، فإنها تؤكد أيضًا مقدار تعقد هذا الكل . وبالتالى تؤكد الجدلية أن الواقعية غير قابلة للاختصار ، أى فى إطار أى شيء أو أى نظام مهما كان صغيراً ، فهناك قطبية ، ويطلق فى الجدلية على العوامل القطبية [٥] اسم القضية [٦] ونقيضها [٧] وحالة التغير فى إطار كل نظام هى التى تنتج فى نقيض هذه القوى. وتداول التوتر الايجابى والسلبى ، الجيد والسيء ، الأطفال والوالدين ، العميل والمعالج ، الشخص والبيئة ، الخ هو الذى يؤدى إلى التغير . وعلى الرغم من ذلك فالحالة الجديدة التالية للتغير تتضمن أيضًا عوامل قطبية وبالتالى يستمر التغير مشكلاً الطبيعة الجوهرية للحياة . وأحد الأفكار الجدلية المهمة للغاية هى

---

(1) Dialectics
(2) Persuasive dialogue
(3) Wholeness
(4) Interrelatedness
(5) Polar factors
(6) Thesis
(7) Antithesis

أن كل القضايا تتضمن تناقضاتها فى جوهرها، أو كما يعبر جولدبرج Goldberg (1980) عن ذلك :

إننى افترض أن الحقيقة موحية بالتناقض الظاهرى (١) وأن كل مقال حول الحكمة يتضمن فى صلبه تناقضاته ، إن الحقائق تقف بعضها إلى جانب البعض ، والحقائق المتناقضة لاتلغى بعضها البعض بالضرورة أو تسيطر على بعضها ، ولكنها تقف متجاورة داعية إلى المشاركة والتجريب (pp. 296 - 292) .

الإقناع الجدلي (٢)

تشير الجدلية من منظور الحوار والعلاقة إلى تغير من خلال الاقناع ، وباستثمار التعارض المتأصل فى العلاقة العلاجية بدلاً من المنطق الصورى غير الشخصى . ويمكن لكل من العميل والمعالج من خلال التعارض العلاجى للمواقف المتناقضة التوصل إلى معانى جديدة من المعانى القديمة ، والتحرك قرب جوهر الموضوع محور الاهتمام . وجوهر منظور الجدلية هو عدم قبول حقيقة نهائية على الإطلاق أو على أنها حقيقة لاتنازع ، وبالتالى فإن السؤال الذى يوجهه كل من العميل والمعالج هو الآتى : ما الذى لم نفهمه بعد ؟ » والجدلية بوصفها إقناعاً تتمثل فى الاستراتيجيات الجدلية النوعية التى ستوصف فيما بعد فى هذا الفصل .

وكما يتضح عند مناقشة استراتيجيات تدبر الحالة يكون الحوار الجدلى مهماً للغاية أيضا فى لقاءات المعالج الإرشادية . والانتباه إلى الجدلية يمكن أن يخفض، ربما أكثر من أى عامل اخر ، من فرص انقسام الفريق فى علاجهم للعملاء البينيين . ودائماً ما يعود الانقسام بين افراد الفريق الى تحزب أو أكثر داخل الفريق الذى يقرر أنه (واحيانا أنه وحده) ، الذى يملك الحقيقة حول عميل بعينه أو حول مشكلة أكلينيكية معينة .

الصياغة الجدلية للحالة

تؤثر الفروض الجدلية فى صياغة الحالة فى العلاج السلوكى بعدد من الطرق . أولاً ، ترى الجدلية أن أفضل صياغة للاضطرابات النفسية هى اعتبارها اختلالات منتظمة (٣) وحيث تتسم الاختلالات المنتظمة بالآتى :

(1) Paradoxical

(2) Dialectical Persuasion

(3) Systematic dysfunctiions

(١) أنها اضطراب معرف من منظور الاداء السوى .

(٢) افتراض الاستمرارية بين الصحة والاضطراب .

(٣) افتراض أن الاضطراب ناتج عن اسباب متعددة وليس عن سبب واحد (Hollands- Worth, 1990)

وبالمثل تفترض النظرية البيولوجية الاجتماعية لاضطراب الشخصية البينية المعروضة هنا أن اضطراب الشخصية البينية عبارة عن انهيار فى الأداء السوى ، وأن أفضل صياغة لهذا الاضطراب هو أنه اختلال منتظم فى نظام التحكم في الانفعالات . وترى النظرية أن الأسس البنيوية المرضية لاضطراب الشخصية البينية تنتج من عديد من العوامل ، والتى يكون بعضها استعدادات بنائية مسئولة عن تشكيل الفروق الفردية فى الأستهداف لتأثيرات عدم الانتظام الانفعالى ، كما ينشأ البعض الآخر من التفاعلات الفردية مع البيئة . وافتراض هذه النظرية النظامية له مزاياه فى إجباره المنظر على إحداث تكامل بين عديد من المجالات والنظم العلمية .

هناك فرض جدلى آخر ، يكمن خلف نظرية لينهان Linehan (1987b, 1993a) البيولوجية الاجتماعية لاضطراب الشخصية البينية ، هو أن العلاقة بين الفرد والبيئة تأخذ شكل عمليات التأثير المتبادل ، وأن ناتج أى لحظة يرجع إلى التحولات بين الفرد والبيئة ، وهذا هو مبدأ الحتمية المتبادلة فى نظرية التعلم الاجتماعى ، وإلى التركيز على التأثير المتبادل ، ويلقى المنظور التبادلى الضوء بالمثل على الحالة المستقرة للاستمرار والتغير لمنظومة الفرد – البيئة . ويؤكد ميلون (1987) Millon أيضاً النقطة ذاتها فى سياق مناقشته للأسباب المرضية لاضطراب الشخصية البينية ، وعدم جدوى تحديد «سبب» الاضطراب بحدث واحد منفرد أو فترة زمنية معينة .

ويدعو كل من نموذجى التبادل التفاعل (١) ، مثل نموذج الاستهداف – التوتر (٢) فى المرض النفسى للاهتمام بدور البيئة غير السوية فى التسبب فى الاضطراب لدى الافراد المستهدفين . وعلى الرغم من ذلك ، يلقى نموذج التبادل

---

(1) Transactional and Interacitive Models

(2) Diathesis - Stress

الضوء على عدد من النقاط التى تغفل بسهولة فى نموذج التفاعل ، والاستهداف - التوتر . فالشخص أ على سبيل المثال يتعامل بأسلوب مثير لتوتر الشخص ب فقط ، لأن الشخص ب يؤدى إلى توتر أ . ولنأخذ على سبيل المثال حالة الطفل الذى يحتاج نتيجة لحادث ما للقدر الأكبر من وقت والديه لمجرد الوفاء باحتياجاته الحيوية ، أو العميل الذى يحتاج إلى الكثير من الرعاية التمريضية نتيجة للحيطة المتواصلة من قيامه بالانتحار . وتتسع قدرة هاتين البيئتين على الاستجابة الجيدة لقدر أكبر من التوتر . كما أن كليهما قد تضعفان أو تلقيان اللوم مؤقتاً على الضحية إذا تزايدت مطالبه من النظام . وعلى الرغم من أن النظام (الأسرة أو البيئة العلاجية) قد تكون مهيئة بصورة غير سوية فى أى حالة ، إلا أنه يمكن تجنب هذه الاستجابات فى غيبة التعرض لتوتر من ذلك الفرد المعين . وقد يسمح التقدير التبادلى أو الجدلى للمرض النفسى بقدر أكبر من الشفقة أو الحنو ؛ لأنه غير متوافق مع مهمة اللوم . ولذلك صلة على وجه الخصوص بالمسميات الواصمة بين أخصائيى الصحة العقلية ، مثل : مسمى البينية (كمثال لسوء التشخيص انظر ، Reiser & Levenson, 1984) .

الفرض الاخير فى مناقشتنا يتعلق بتعريف السلوك ودلالات تحديده تحديدا عريضا . ويقصد بالسلوك فى نظرية لينهان Linehan (1993a) والسلوكيين على وجه العموم أى شيء يقوم به الكائن الحى ، بما فى ذلك أى نشاط أو استجابة لمنبه (Webster, 1983, p 100) ويصنف السلوكيون السلوك تقليدياً إلى حركى ومعرفى - لفظى وفيزيولوجى . وقد يكون أى منه صريحا أو مضمراً . وهناك عديد من النقاط التى يتعين الإشارة إليها هنا ، أولاً : أن تقسيم السلوك إلى هذه الفئات الثلاثة تعسفى وهو لأغراض الوضوح المفهومى وليس استجابة لدلائل تتعلق بكون هذه الانماط من الاستجابة نظم وظيفية منفصلة بالفعل . وتتعلق هذه النقطة على وجه الخصوص بفهم انتظام الانفعالات ، بإفتراض أن البحوث الأساسية فى الانفعالات ترى أن نظم الاستجابة هذه متداخلة فى بعض الأحيان ، ومستقلة بشكل ما ، ولكنها بكل تأكيد غير مستقلة كلية . وهناك نقطة أخرى متعلقة هنا هى أنه على النقيض من النظريات الحيوية والمعرفية ، ترى النظرية البيولوجية الاجتماعية لاضطراب الشخصية البينية أنه لا يوجد سبب أولى يدعو لتفضيل تفسيرات تؤكد نموذج واحد من السلوك ، باعتباره أكثر أهمية فى حد ذاته أو ملائم أكثر من غيره . والأحرى من المنظور الحيوى الاجتماعى أن تكون

القضية الجوهرية هى : تحت أى ظروف تعمل العلاقة بين سلوك وآخر ، أوبين نظام استجابى وآخر ، وتحت أى ظروف تدخل هذه العلاقات فى مسارات سببية مرضية وفى استمرارية اضطراب الشخصية البينية .

النظرية الحيوية الاجتماعية

عدم التحكم الانفعالى

ترى نظرية لينهان (Linehan (1987a, 1993a أن اضطراب الشخصية البينية هو اختلال أولى فى نظام ضبط الانفعالات . وترتبط أنماط البينيين وظيفياً بهذا الاختلال ، أو هى مترتبات لا يمكن تجنبها لهذا الاختلال الأساسى عبر الكثير ، وربما كل ، الانفعالات بما فى ذلك كل من الانفعالات الإيجابية والسلبية. وهذا الاختلال الانفعالى هو محور المرض ، وبالتالى لاهو ببساطة شكل من الأعراض ولا هو نتاج لعملية تعريف . وهذا الاختلال المنتظم نتاج لتوليفة من الاستهداف للانفعال ، وصعوبة فى تعديل ردود الفعل الانفعالية . ويصاغ الاستهداف الانفعالى نظرياً باعتباره حساسية عالية للمنبهات الانفعالية ، واستجابات انفعالية حادة ، وعودة بطيئة لخط أساس الانفعال .

وقد تعود آفات تعديل الانفعالات إلى صعوبات فى :

(١) كف السلوك المختل وظيفيا المعتمد على المزاج .

(٢) فى تنظيم السلوك ليكون فى خدمة الأهداف المستقلة عن الحالة المزاجية الراهنة .

(٣) فى إمكان زيادة أو خفض الاستثارة الفيزيولوجية حسب الحاجة .

(٤) فى القدرة على تشتيت الانتباه بعيداً عن المنبهات المثيرة للانفعالات.

(٥) فى الانفعال دون الإبعاد الفورى للاستجابات الثانوية السلبية المتطرفة (للحصول على مزيد من المناقشة لهذا الموضوع ، انظر Katz & Gottman, 1990) وبينما تظل آليات عدم التحكم غير واضحة ، إلا أنه من المحتمل أن تكون العوامل الحيوية هى التى تلعب الدور الأولى. وقد يمتد إسهامها من التأثيرات الجينية ، وحتى العوامل قبل الولادية ، إلى الأحداث الطفلية الصادمة التى تؤثر فى ارتقاء المخ والجهاز العصبى .

البيئات الموهنة

لا ينتهى أغلب الأفراد ممن لديهم استهداف أولى لعدم التحكم الانفعالى لاضطراب الشخصية البينية ، وبالتالى تفترض النظرية أن بيئات أخرى إضافية ضرورية لتطويرالاضطراب . وتعد الظروف الارتقائية الجوهرية المؤدية لذلك فى نظرية لينهان (Linehan, 1987a, 1987b, 1993) هى البيئة الموهنة . وتعرف البيئة الموهنة من خلال ميلها إلى إنكار الخبرة الخاصة ، وعلى وجه الخصوص الخبرة الخاصة غير المقترنة بتفسيرات ثانوية عامة ، أو استجابتها بصورة غير ملائمة وشاذة لهذه الخبرة (مثال ذلك ارتفاع الحرارة عند الشعور بالمرض) . ودائمًا ما تنظر إلى الخبرة الخاصة ، والخبرات الانفعالية على وجه الخصوص ، وكذلك تفسيرات الأحداث على أنها استجابات واهنة للاحداث ، وهى تعاقب وتسفه وتتجاهل هذه الخبرات ، كما يمكن أن تعزو هذه الخبرات لخصائص أجتماعية غير مقبولة ، مثل : الإفراط فى النشاط ، وعدم القدرة على النظر إلى الأشياء بطريقة واقعية ، وافتقاد الدافعية ، ودوافع الإيذاء والتلاعب بالآخرين ، والافتقار للنظام ، والفشل فى تبنى اتجاهات إيجابية (أو عدوانية وتمييزية) ، كما ينظر لأوصافها اللفظية على أنها أوصفاف غير دقيقة للخبرة الخاصة (مثال ذلك « أنت شديد الغضب ولكنك لا تعترف بذلك ») . وتؤكد هذه العائلات أهمية التحكم فى التعبيرات الانفعالية ، وتفرط فى تبسيط حلول مشكلات المرء ، وهى لا تتقبل التعبير عن المشاعر السلبية . وتعزو الألم الانفعالى إلى نقص الدافعية وافتقاد النظام ، أو لعدم بذل القدر الكافى من الجهد . ويميل الأفراد فى البيئة الموهنة إلى استخدام العقاب فى جهودهم للتحكم فى السلوك . ويفاقم هذا السيناريو الاستهداف الانفعالى وعدم التحكم لدى البينيين ، ممن تؤثر استجاباتهم السلوكية فى المقابل فى البيئة الموهنة . وتوحى المؤشرات المرتفعة على الانتهاك الجنسى فى الطفولة لدى أفراد هذه الفئة (Bryer, Nelson, Miller, & Kroll, 1987; Herman, 1986; Herman, Perry & Van der Kolk, 1989 ; Wagner, Linehan, & Wasson, 1989) أن الانتهاك الجنسى قد يكون هو الصورة النمطية للخبرة الموهنة فى الطفولة .

والنتيجة العامة لهذا النمط التبادلى هى عدم التحكم الانفعالى والأنماط السلوكية ، التى تشاهد لدى البينيين الراشدين . ولا يتاح للفرد من هؤلاء على الإطلاق تعلم كيفية تسمية الاستثارة الانفعالية والتحكم فيها ، أو كيف يتقبل الكدر

الانفعالى ، او متى يثق فى استجاباته الانفعالية الخاصة باعتبارها تعكس تفسيرات صحيحة للأحداث (Linehan, 1993a) . ويؤدى التأييد الاجتماعى لخبرة المرء الخاصة والداخلية فى المجتمعات المثلى إلى تطوير هوية متزنة . وعلى الرغم من ذلك تستجيب أسر الأفراد البينيين لخبرات هؤلاء الافراد بشكل شاذ يفتقد الحساسية ، وبالتالى يتعلم الفرد عدم الثقة فى حالاته الداخلية ، ويقوم بدلاً من ذلك بمسح البيئة للحصول على مؤاشرات تدلة كيف يسلك ويفكر ويشعر . وهذا الاعتماد العام على الاخرين يؤدى إلى فشل الفرد البينى فى تطوير إحساس متماسك بهويته . وتعترض الانفعالات غير السوية أيضا تطور واستمرار العلاقات التفاعلية مع الاخرين ، وهو التطور الذى يعتمد على كل من الاحساس المستقر بالذات وامكانية التحكم فى الانفعالات . ويشكل أيضاً ميل الأسر الموهنة لتسفيه أو إنكار التعبير عن الانفعالات السلبية نمطا تعبيريا يشاهد بعد ذلك لدى البينيين الراشدين ، وهو نمط يتذبذب بين كف وكبت الخبرات الانفعالية وممارسات سلوكية متطرفة . وتؤثر بعض السلوكيات المهمة المتعلقة بالتحكم ، مثل: تناول جرعات زائدة ، أو التهجم آو اشعال الحرائق تأثيرا اضافيا فى ابرازها لأهمية سلوك المساعدة من بيئة تتجاهل بالاحرى جهود تحسين انفعالات الالم الحادة . ويمكن من هذا المنظور النظر إلى خصائص السلوك غير السوية لدى اصحاب اضطراب الشخصية البينية على أنهما حلول غير توافقية لمؤثرات غامرة سلبية ومؤلمة حادة .

مراحل واهداف العلاج

يمكن تقسيم مراحل التقدم فى أهداف العلاج الجدلى السلوكى إلى اربع مراحل يوضحها الجدول (١ – ١٠) ، ويتم فى مرحلة ما قبل العلاج إعداد العميل للعلاج واستثارة التزامه بالعمل نحو الاهداف العلاجية المختلفة . ودائماً ما يكرس التوجه فى هذه المرحلة نحو الاهداف النوعية والاستراتيجيات ، والالتزام العلاجى مهم فى كل مراحل العلاج . يلى مرحلة التكيف قبل العلاج، المرحلة الأولى من العلاج ، والتى تستهدف إحراز تقدم واكتساب الإمكانات الأساسية والاستقرار من خلال التركيز على السلوك الانتحارى وسلوك التدخل فى العلاج ، وسلوك التدخل فى مستوى الحياة والمهارات السلوكية . وتتجه المرحلة الثانية من العلاج مباشرة نحو زملة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة [١] ، وتتضمن الأحداث الانفعالية غير المعلنة والخبرات المهمة السابقة على الصدمة .

---

(1) Post - Traumatic stress syndrome

جدول (١ - ١٠) :. مدرج العلاج الأولى والأهداف العلاجية فى العلاج السلوكى الجدلى

أهداف مرحلة ما قبل العلاج (الالتزام) :

التكيف مع العلاج ، والموافقة على الأهداف

أهداف المرحلة الاولى (الاستقرار ، الاتصال ، الأمان) :

١ - خفض السلوك الانتحارى

٢ - خفض سلوك التدخل فى العلاج

٣ - خفض سلوك التدخل فى مستوى الحياة

٤ - تنمية المهارات السلوكية

أ - جوهر مهارات الوعى .

ب - الكفاءة التفاعلية .

جـ - التحكم فى الانفعال .

د - تقبل الكدر .

هـ - التحكم فى النفس .

أهداف المرحلة الثانية (التعرض، ومعالجة الانفعالات الماضية) :

٥ - خفض ضغوط ما بعد الصدمة

أهداف المرحلة الثالثة (النقيض) :

٦ - زيادة احترام الذات

٧ - تحقيق الاهداف الشخصية

ملحوظة : لينهان (Linehan (1993,p 167 ، حقوق النشر لجيلفورد للنشر .

وتهدف المرحلة الثالثة والاخيرة والتى تتداخل مع المرحلتين السابقتين إلى تحقيق أهداف تتعلق باحترام الذات المستقلة ، وتعميم المهارات السلوكية والتكامل، وانهاء العلاج .

ما قبل العلاج

التكيف مع العلاج والالتزام

تتضمن مهام التكيف مع العلاج شقين : الأول أنه يتعين على كل من العميل والمعالج أن يصلا إلى قرارات معلنة متبادلة للعمل معًا . وعادة ما تقدم الجلسات من الأولى إلى الثالثة على أنها فرصة لكل من العميل والمعالج لاكتشاف هذه الإمكانية ، كما يمكن للمقابلة التشخيصية والحصول على تاريخ الحالة والتحليل النظامى الأولى للسلوك أن يأخذ طريقه خلال جلسات العلاج الأولية أو يتم منفصلاً . ثانيا : يجب أن يتفاوض كل من العميل والمعالج حول عدد من التوقعات الشائعة بهدف توجيه الخطوات الأولى للعلاج ، وتناقش الخطوط العامة حول ما يتوقعه كل منهما من الآخر ، ويتم الاتفاق عليها ويحاول المعالج تعديل المعتقدات غير السوية لدى العميل حول عمليات العلاج. وتتضمن القضايا ذات الاهتمام معدل ومقدار التغير الذى يمكن توقعه منطقياً ، وأهداف العلاج وإجراءاته العامة ، وسائر الأوهام التى قد توجد لدى المريض حول العملية العلاجية بوجه عام ، كما يقدم له أيضاً المنظور الجدلى / الحيوى لاضطراب الشخصية البينية .

ويغطى التكيف للعلاج عدداً آخر من النقاط ؛ فهو يقدم أولاً العلاج الجدلى السلوكى بوصفه علاج تدعيمى ، يتطلب علاقة تعاونية قوية بين العميل والمعالج بوصفهما فريق يستهدف الوصول إلى نمط من الحياة يستحق أن يعيشه المرء . ويوصف العلاج الجدلى السلوكى ثانيا باعتباره علاجاً معرفياً سلوكياً ذا توجه أولى نحو تحليل المشكلات السلوكية وإبدال سلوك ماهر بها ، وكذلك تغيير المعتقدات غير الفعالة وأنماط التفكير المتصلبة . ويذكر للعميل ثالثًا أن توجه العلاج الجدلى السلوكى هو نحو المهارات ، مع تأكيد خاص على التدريب على المهارات ، وتوازن استراتيجيات الإلتزام ، والتكيف العلاجى مع استراتيجيات المصداقية (١) التى ستوصف فيما بعد ، والتى تعد أكثر الاستراتيجيات أهمية فى هذه المرحلة من العلاج .

المرحلة الأولى

إحراز الإمكانات الأساسية

محور المرحلة الأولى من العلاج هو اكتساب نمط حياتى فعال ومستقر

(1) Validation

بصورة معقولة ، والأهداف المحددة لذلك من حيث ترتيب أهميتها ، هى : خفض السلوك الانتحارى ، وسلوك التدخل فى العلاج ، ونمط الحياة المعترض للعلاج، وزيادة المهارات السلوكية . ويتم التوجه نحو هذه الأهداف تدريجياً ومتكرراً كلما عاود السلوك ذو الأولوية المرتفعة الظهور . وعادة ما يمكن توقع تحقيق أهداف المرحلة الأولى من العلاج بصورة جوهرية ، بالنسبة للعملاء شديدى الاضطراب ومرتفعى الميول الانتحارية خلال عام أو أكثر .

وبالإضافة إلى الأهداف العلاجية السابقة ، فإن هدف تنمية السلوك الجدلى يعد هدفًا شاملاً لكل أنماط العلاج ، وعلى عكس أهداف الأساليب العلاجية الأخرى يتم التركيز الجدلى على الجوانب الكيفية للسلوك وليس الجوانب السطحية أو الطبوغرافية .

ويشجع التفكير الجدلى العملاء على رؤية الواقع على أنه معقد ومتعدد الجوانب ، وذلك حتى يتمسكوا بأفكار مناقضة فى الوقت ذاته ويتعلموا كيف يجعلونها متكاملة ، وكيف يشعرون بالراحة فى مواجهة عدم الاتساق والتناقض . كما يشجع السلوك الجدلى العملاء على السعى إلى التوسط وتجنب التطرف . ويؤيد المعالج التوازن فى السلوك والتفتح الذهنى ، وتعد هذه مهمة مرعبة بكل تأكيد بالنسبة للأفراد البينيين المتطرفين والمتصلبين .

وتطبق التأكيدات الجدلية بالتساوى على كل أنماط سلوك العميل ، مع تشجيعه على إحداث تكامل وتوازن بين الانفعالات والاستجابات السلوكية الصريحة ، ويظهر التوتر الجدلى على وجه الخصوص فى مجالات تعزيز المهارات مقابل قبول الذات ، وفى حل المشكلات مقابل المشكلات ، وفى التحكم فى المشاعر مقابل تقبل المشاعر . ويواجه التطرف السلوكى سواء كان معرفيا أو أنفعاليا أو سلوكيا صريحا بشكل متسق ، خلال تعلم الاستجابات المتوازنة .

السلوك الانتحاري

يجب بالطبع أن يكون لهدف الحفاظ على حياة العميل أولوية فى أى علاج نفسى ، وبالتالى فإن خفض الازمات السلوكية الانتحارية (أى سلوك يجعل العميل فى درجة كبيرة من الخطر الوشيك للانتحار أو التهديد به ، بما فى ذلك التهديدات الانتحارية الجادة ، وإعداد خطة للانتحار أو الحصول على مواد قاتلة ، والنوايا الانتحارية العميقة) يحظى بأولوية مطلقة فى العلاج الجدلى

السلوكى،(وليس بوصفه هدفًا ضمنيًا كما هو الحال فى بعض البرامج العلاجية الأخرى) ؛ لأن السلوك الانتحارى وخطر الانتحار ببساطة موضوع أنشغال بالغ فى اضطراب الشخصية البينية . وبالمثل يكون لانتواء القيام بأى سلوك جاد لإيذاء الذات (مثال ذلك أى علامة على سلوك شبه انتحارى) أولوية مطلقة أيضًا . وترجع الأولوية هنا إلى خطورة الأفعال شبه الانتحارية . (يعد السلوك شبه الانتحارى علامة منبئة بشكل جيد على انتحار مستقبلى) وخطورة الصراع الكامن بين إنكار سلوك ايذاء الذات والمحاولة العلاجية المشتركة لمساعدة الذات فى العلاج النفسى . كما يستهدف العلاج السلوكى الجدلى أيضًا الأفكار الانتحارية ، وتوقعات العميل حول قيمة السلوك الانتحارى ومترتباته البعيدة . وعلى الرغم من عدم استهداف هذا السلوك مباشرة بالضرورة (كما يحدث فى أساليب العلاج الاخرى ، إلا أن هدف إبعاد العميل عن القضاء على حياته ، أو القيام بإيذاء شخص آخر يظل له – على الرغم من ذلك – أولوية أولى ضمنية فى العلاج الجدلى السلوكى) .

سلوك إعاقة العلاج

الأولوية التى تحتل المرتبة الثانية فى العلاج الجدلى السلوكى ، هى المحافظة على تعاون العملاء والمعالجين فى العمل معاً . ومرة أخرى يحتمل أن يكون ذلك هدفًا ضمنيًا ثانويًا فى أغلب أساليب العلاج النفسى . وعلى الرغم من ذلك ، فإن الطبيعة المزمنة لأغلب مشكلات العملاء البينيين ، هى ميلهم المرتفع لإنهاء العلاج قبل اكتماله واحتمال إكراههم المعالج على ذلك ، وتتطلب الاضطرابات الناتجة عن العلاج فى حالة اضطراب الشخصية البينية تنبهًا واضحاً لها بالنسبة لهذه الفئه المرضية على وجه الخصوص . ويكون سلوك كل من العميل والمعالج ، الذى يتضمن تهديداً للعلاقة أو للتقدم العلاجى موضع إهتمام مباشر وفورى ومتسق وثابت . والأكثر أهمية أن يكون كل ذلك قبل حدوثه وليس بعد أن يحدث ، ويجعل المعالج أو العميل غير راغبين فى الاستمرار معًا . ويعالج خلال الجلسات سلوك العميل المعوق للعلاج ، مثل : تدخله فى التقبل الحقيقى للعلاج ، أو إعاقة استفادة العملاء الآخرين من العلاج (فى المواقف أو الوسط الجمعى) ، أو إجهاد المعالج أو معارضته . أما سلوك المعالج الذى قد يتضمن أياً من الاضطرابات الناتجة عن العلاج ، والسلوك الذى قد لا يتسبب بالضرورة فى تكدر العميل ، أو يجعل تقدم العلاج صعباً ، ويتم التعامل مع خلال

جلسات العلاج إذا استوقف اهتمام العميل ، كما يتم التعامل معه أيضا خلال اللقاءات الإرشادية والإشرافية .

السلوك المعوق لمستوي الحياة

الهدف الثالث للمرحلة الأولى هو خفض أنماط السلوك ، التى تتدخل بشكل خطير فى أى فرصة للعيش بالمستوى المعقول للحياة . ويتضمن السلوك النمطى لهذه الفئة سوء الاستخدام الخطير للعقاقير ، واضطرابات الأكل الحادة ، وسلوك المخاطرة الجنسى الخارج عن التحكم، والصعوبات المالية المتطرفة (مثل : عدم التحكم فى الإنفاق ، أو المقامرة ، أو عدم القدرة على تنظيم الأمور المالية) ، والسلوك الإجرامى الذى يحتمل أن يؤدى إلى السجن ، والاختلالات السلوكية فى العمل أو فى الأمور المتعلقة بالمدرسة (نمط هجر الوظائف ، أو ترك الدراسة قبل إكمالها ، أو الفصل من العمل ، أو الفشل فى الدراسة ، وعدم الانخراط فى أى أنشطة بناءة) ، والاختلالات المتعلقة بالسلوك المنزلى (مثل: العيش مع اشخاص مستغلين ، أو عدم وجود سكن مستقر) ، والأنماط المتعلقة بالصحة العقلية (الدخول والخروج من المستشفيات، الفشل فى تعاطى العلاج الضرورى أو سوء استخدامه) ، والمشكلات ذات العلاقة بالصحة (مثل الفشل فى علاج الاضطرابات الطبية الخطيرة) ، والهدف هنا هو تحقيق نمط حياة مستقر يفى بالمعايير المعقولة للأداء الملائم والأمن .

المهارات السلوكية

الهدف الرابع للمرحلة الأولى هو تحقيق إمكانية معقولة للمهارات السلوكية فى مجالات الكدر ، والمرونة ، والتحكم الانفعالى ، والكفاءة التفاعلية والتحكم الذاتى ، وإمكانية الاستجابة الواعية ، دون أن يكون الشخص تقييمياً فى أحكامه (مهارات الوعى أو التيقظ) (١) . وتقع المسئولية الأولية للتدريب على المهارات فى برنامجنا الخاص بالمرضى الخارجيين على فريق التدريب الأسبوعى على العلاج الجدلى السلوكى ، ويراقب المعالج اكتساب المهارات واستخدامها على مدى الوقت ، ويساعد العميل على تطبيق المهارات فى مواقف مشكلة معينة .

وينظر إلى مهارات التعقل باعتبارها محورية فى العلاج الجدلى السلوكى ،

---

(1) Mindfulness skills

وبالتالى يطلق عليها اسم « لب المهارات » (١) . وتعبر هذه المهارات عن الترجمة السلوكية لممارسة التأمل (بما في ذلك فلسفة Zen) ، وهى تتضمن مهارات ممارسة تلقائية للملاحظة والوصف ، ولحظات توقف للتأمل ، ووعى متمركز (تعقل الأمور) وتركيز على الفعالية . وعلى خلاف أساليب العلاج السلوكية والمعرفية النمطية ، والتى تركز عادة على تغيير الانفعالات والأحداث المكدرة ، فإن التأكيد الرئيسى فى العلاج الجدلى السلوكى يتجه إلى تعليم العميل مهارة تحمل الألم . ويظهر التقدم الطبيعى فى مهارات التعقل و مهارات تحمل الكدر قدرة الشخص على تحمل المعاناة ، ومراقبته الذاتية لأفكاره وانفعالاته وسلوكه دون تقييمهم ، ودون محاولة تغييرهم . كما تهدف مهارات التحكم فى الانفعال خفض الكدر الانفعالى ، من خلال التعرض للانفعالات الأولية فى مناخ يخلو من الحكم عليها ، كما تتضمن مهارات التحكم فى الانفعال تعريف العواطف وتسميتها وتعقل الانفعالات الراهنة (أى اختبارها دون الحكم عليها) وتحديد العوائق التى تحول دون تغيير الانفعالات ، وزيادة الاحداث الانفعالية الايجابية ، والتعبيرات السلوكية المضادة للانفعالات.

ويتضمن التدريب على التفاعل مع الاخرين تطوير كفاءة اتخاذ القرارات حول الأهداف فى المواقف المتصارعة وتقدير أولوية هذه الأهداف من خلال المقارنة بينها ، مع الاستمرار فى الحفاظ على علاقة إيجابية واحترام المرء لذاته وتعلم استراتيجيات تزيد من فرص الحصول على هذه الأهداف ، دون إفساد العلاقات أو التضحية باحترام الذات ، ويتضمن تعلم ذلك من حيث صلته ببقية المهارات السلوكية ومهارات التحكم الذاتى معلومات حول المبادىء الاساسية للتعلم ، وتغيير السلوك ، والقدرة على وضع أهداف واقعية ، وقدرة المرء على تحليل سلوكه الشخصى ، والقدرة على وضع خطط تدبر متوافقة (لمزيد من المناقشة الواسعة للمهارات السلوكية فى العلاج الجدلى السلوكى ، انظر لينهان (Linehan, 1993b) .

المرحلة الثانية

خفض ضغوط اضطراب ما بعد الصدمة

يجرى خلال المرحلة الأولى – وبصورة فورية – علاج جدلى سلوكى للتحكم فى الاختلالات السلوكية والأنماط الانفعالية . وعلى الرغم من إمكان

---

(1) Core skills

الكشف عن الصلة بين السلوك الراهن والأحداث الصادمة السابقة ، بما فى ذلك تلك التى حدثت فى الطفولة وتسجيل هذه الصلة، إلا أن التوجهات المحورية للعلاج فى المرحلة الأولى تنحو بوضوح نحو تحليل العلاقة بين الأفكار الحالية والمشاعر والسلوك ، وعلى تقبل وتغيير الأنماط الراهنة أو القائمة. وعلى النقيض من ذلك ، تستهدف المرحلة الثانية من العلاج العمليات الانفعالية المتعلقة بالخبرات الصادمة السابقة على وجه الخصوص ، من خلال التعرض للمؤشرات المرتبطة بها خلال الجلسات .

وبالتالى فإن الهدف الأولى للعلاج فى المرحلة الثانية هو خفض ضغوط ما بعد الصدمة . وبتعبيرات العلاج النفسى الدينامى تعد المرحلة الأولى مرحلة الكبت ، والمرحلة الثانية مرحلة الكشف . وهناك أربع مراحل على وجه الخصوص ، هى : تذكر وتقبل الحقائق الخاصة بالأحداث المبكرة الصادمة ، وخفض مشاعر الإحساس بالوصمة ، ولوم الذات التى دائمًا ما ترتبط ببعض أنماط الصدمات ، خفض الإنكار المتذبذب وزملة الاستجابات المقتحمة المعتادة لدى الأفراد الذين عانوا من صدمات حادة ، وحل التوترات الجديدة المتعلقة بمن يوجه إليه اللوم عن الصدمة .

ويحدث التحرك نحو المرحلة الثانية فقط ، عندما تصبح الأهداف السلوكية السابقة التى استهدفت تحت التحكم . ولا يشجع العلاج الجدلى السلوكى ، مثله فى ذلك مثل توجه أغلب الخبراء فى علاج اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة ، واضطرابات الراشدين المترتبة على الانتهاك فى الطفولة ، والتعرض المنتظم لمؤشرات الضغوط الصادمة (أو الكشف عنها خطوة خطوة) قبل أن ينهى العميل متطلبات المرحلة الأولى . ويتعين أن يكون العملاء قادرين أولاً على مقاومة إلحاح الانتحار ومحاولاته ، ومتوقفين عن تكرار الاختلالات السلوكية مثل تعاطى المخدرات أو القيام بسلوك جنسى قهرى أو الإسراف دون تعقل ، ومواصلين نمطاً مستقراً من الحياة بقدر متسق ، ويتضمن ذلك أن يكون لديهم مكان يعيشون فيه وأنشطة يومية منتجة ، ولديهم على الاقل بعض مبادئ التفاعل مع الآخرين ، وتحكم فى الانفعالات ، ومهارات تقبل الكدر ، وأن يكونوا آمنين فى إطار العلاقة التعاونية ، بمعنى أنه يجب أن يكون العملاء قادرين على التغلب على الانفعالات المصاحبة للتعرض العلاجى للمؤشرات المتعلقة بالصدمة .

المرحلة الثالثة

احترام الذات

تستهدف المرحلة الثالثة من العلاج الجدلي السلوكي تنمية احترام العميل الأستقلالي لذاته ؛ وحيث يتم مساعدة العميل على تقييم ذاته والثقة فيها والتحقق منها . والأهداف هنا هي قدرات تقييم المرء لسلوكه الخاص بطريقة تخلو من الدفاعية ، والثقة في استجاباته الخاصة ، والتمسك بتقييمه الذاتي لآراء الآخرين . وعلى المعالج أن ينسحب في نهاية الأمر بطريقة منظمة ، مع الاستمرار في تدعيم محاولات العميل الاستقلالية للتحقق الذاتي ، ورعاية الذات وحل المشكلات . وبينما الهدف المقصود ليس أن يصبح العملاء مستقلين عن كل الناس، فإنه من المهم أن يحققوا اعتماداً كافياً على الذات ، يمكنهم أن يصبحوا على صلة بالآخرين ، ويعتمدون عليهم دون أن يعانوا من عدم تحقيق ذواتهم .

سياق العلاج

أساليب العلاج : كيف تجري و ماذا يتم فيها ومتي

تتوزع مسئولية العمل على الأهداف النوعية ، على امتداد مجموعة مختلفة من الأساليب العلاجية ، مع تباين في الاهتمام والتركيز اعتماداً على أسلوب العلاج . ويعني المعالج الفردي ، والذي يعد المعالج الأساسي في العلاج السلوكي بمرحلة معينة من الأهداف العلاجية ، بينما يعني المعالج الذي يتولى التدريب على المهارات بمرحلة أخرى . وعند القيام بالعلاج من خلال الاتصال التليفوني(١) يحتل تدرجًا آخر مكانه في المنظومة ، وتكون سلوكيات المعالج هي المستهدفة في نظام الاستشارة والإشراف . ويجب أن يكون المعالجين الذين ينخرطون في أكثر من أسلوب علاجي (مثل : الفردي ، والجمعي ، والعلاج من خلال الاتصال التليفوني) ، مدركين لنظام الأهداف النوعية في كل نموذج ، وأن ينتقلوا بيسر من درجة إلى أخرى في المدرج العلاجي مع تغير الأساليب العلاجية .

العلاجي الفردي

يفترض العلاج الجدلي السلوكي أن العلاج الفعال يجب أن يتجه إلى كل الإمكانات وكل آفات السلوك ، والقضايا المتعلقة بالأداء الدافعي والسلوكي التي

---

(1)Telephone Therapy

يمكن أن تعوق الاستجابات الماهرة . وعلى الرغم من وجود طرق متعددة للتأثير فى هذه المبادئ (يشار إليها باعتبارها العلاج الجدلى السلوكى النمطى)، فإن المعالج الفردى هو المسئول فى عيادتنا عن التقييم وعن حل مشكلات آفات المهارة والمشكلات الدافعية ، وأيضًا عن تنظيم أساليب العلاج الأخرى التى تستهدف المشكلات فى كل مجال . وتنظم جلسات العلاج للمرضى الخارجيين على أساس جلستين فى الأسبوع ، خلال فترة الأزمات أو عند بداية العلاج .

وهناك قاعدة واحدة لتحديد أولوية أهداف معينة ، تتبع خلال العلاج الفردى وبقية مراحل العلاج الاخرى فى العلاج الجدلى السلوكى وفقًا لما سبق مناقشته . ويتحدد محور العلاج فى العلاج الفردى بناء على أعلى أولوية علاجية مستهدفة فى لحظة معينة . ولا يتغير هذا النظام الترتيبى للاولويات على امتداد البرنامج العلاجى ، على الرغم من أن تعلق هدف ما بوقت معين قد يتغير .

ويتحدد تعلق الهدف سواء من خلال السلوك اليومى الغالب الذى يقوم به العميل (منذ أخر جلسة) أو بالسلوك الذى يقوم به خلال جلسة العلاج . ولا تعد المشكلات التى لا تظهر لها أية إشارة مشكلات متعلقة . وإذا تحقق تقدم مرضى فى أحد الاهداف التى لم تكن أبداً مشكلة على الإطلاق ، أو لم تكن هناك دلائل متوفرة عليها ، يقوم المعالج بتحويل انتباهه على الفور إلى الهدف العلاجى التالى.

والمترتبات الناتجة عن هذه الطريقة فى تحديد الاهداف ، هى أنه يتعين تكريس جزء من جدول أعمال الجلسة للمخاطر العالية للانتحار أو محاولته ، أو سلوك إعاقة العلاج أو السلوك المؤثر فى مستوى الحياة عند ظهور مخاطر لأى منها . أما إذا لم يظهر مثل هذا السلوك فى الجلسة ، فيترك للعميل تحديد موضوعات المناقشة الخاصة بالمرحلتين الأولى والثالثة . ويعتمد محور العلاج (فى إطار المناقشات الخاصة باى مجال) على مرحلة العلاج والمهارات المستهدف تحسينها ، وأى أهداف أخرى ثانوية . ويمكن ، على سبيل المثال ، صياغة أى مشكلة أو مجال خلال المرحلة الأولى من العلاج ، بمفاهيم التفاعل والمهارات المطلوبة ، وإمكانات التحكم فى الانفعالات ، والحاجة لتقبل الكدر. ويركز المعالج خلال المرحلة الثالثة ، دون اعتبار للموضوع المعين محور المناقشة، على مساعدة العميل على تحقيق احترام مستقل لذاته ، وتحقق من ذاته

وتقبل لها فى كل جلسة وفى حياته اليومية (وهذه بالطبع أهداف عامة لكل مراحل العلاج ، غير أن المعالج يقوم فى المرحلة الثالثة بالانسحاب بقدر أكبر ، والعمل بقدر أقل مع العميل مقارنة بما يحدث فى المرحلتين السابقتين) ، ويكون التركيز الأساسى خلال المرحلة الثانية على التعرض المنظم للمؤشرات الصادمة .

ومن الافضل بالنسبة للعملاء أصحاب الاضطراب الشديد أن تركز الفترة المبكرة من العلاج على الجزء الأعلى فى قائمة مدرج الأهداف . مثال ذلك ، إذا ظهر سلوك محاولات الانتحار خلال الاسبوع السابق ، فيتعين أن يحظى بأولوية الانتباه له مقارنة بأساليب إعاقة العلاج ، كما يتعين أن يحتل التركيز على أساليب إعاقة العلاج أولوية على السلوك المعوق لمستوى الحياة . وعلى الرغم من إمكان العمل على أكثر من هدف واحد فى الجلسة نفسها (بما فى ذلك تلك الأهداف التى يثيرها العميل) ، فإن الأهداف صاحبة أعلى أولوية هى التى تستأثر بالاسبقية ، وتحديد مدى تعلق السلوك المستهدف يتم بمساعدة بطاقات اليوميات[١] ويتم ملء هذه البطاقات خلال أول مرحلتين من مراحل العلاج على الأقل ، ويصحبها العميل معه إلى الجلسة الأسبوعية .

ويتعين اعتبار الفشل فى التسجيل فى هذه البطاقات أو اصطحابها إلى الجلسة سلوكاً معوقاً للعلاج ، وتسجل فى بطاقات اليوميات الشواهد اليومية على محاولات الانتحار ، والأفكار الانتحارية وإلحاح محاولات الانتحار ، والاستخدام التعس للعقاقير ، سواء المشروع أو غير المشروع ، واستخدم المهارات السلوكية . كما يمكن أيضاً تسجيل بقية الأهداف السلوكية ، مثل : نوبات الشرة المرضى [٢] ، والأنشطة اليومية المنتجة ولحظات التأمل فى الماضى وغيرها ، وذلك فى المساحات الفارغة من البطاقة . ويجب على المعالج الذى يقوم بعلاج جدلى سلوكى إن يطور نمطاً للمراجعة المنظمة للبطاقة فى بداية كل جلسة . وإذا تضمنت البطاقة إشارة إلى أن هناك محاولة انتحارية حدثت فتناقش ، وإذا سجلت فيها أفكار انتحارية يتم تقييمها لتحديد ما إذا كان العميل معرضاً لخطر الانتحار أم لا . وإذا ظهر منها أن هناك نمطاً لتعاطى المخدرات أوالاعتماد عليها ، فيعالج باعتباره سلوكاً معوقاً لمستوى الحياة .

---

(1) Diary cards
(2) Bulimic episodes

ويعتمد القدر من الوقت الذى يخصصه المعالج لحل كل مشكلة والتحقق منها على إلحاح السلوك الذى يتطلب التغيير أو المشكلات التى يتعين حلها ، واحتياج العميل الملح للتحقق ، والفهم والتقبل ، دون الحاجة إلى أى تصريح مباشر بالحاجة إلى التغيير .

التدريب على المهارات

تؤدى ضرورة التدخل فى الأزمات ، والانتباه للقضايا الأخرى لجعل اكتساب الفرد للمهارات أثناء العلاج أمراً شديد الصعوبة ، وبالتالى فأحد المكونات المنفصلة للعلاج تستهدف مباشرة اكتساب المهارات السلوكية . يأخذ ذلك فى عيادتنا شكل جلسات تمتد بين ساعتين وساعتين ونصف أسبوعيا للتدريب على المهارات يجب أن يحضرها العميل خلال العام الأول للعلاج ، ويصبح الاستمرار فى التدريب بعد هذه الفترة معتمداً على تفضيلات العميل الاختيارية واحتياجاته .

ويتبع التدريب على المهارات السلوكية فى العلاج الجدلى السلوكى نموذج التعليم النفسى (١) . وعلى النقيض من العلاج الفردى الذى يتحدد فيه جدول الأعمال أوليا بناءً على المشكلة المطلوب حلها ، يوضع جدول أعمال التدريب على المهارات بناء على المهارات المطلوب تعلمها ، وبالتالى فإن الأولوية الأساسية هنا هى اكتساب المهارات وتقويتها . وعلى الرغم من ذلك ، تظل الأولوية للسلوك الذى يمثل تهديداً جدّيا للحياة (مثل : احتمالات الانتحار أو ارتكاب جريمة) ، أو تهديد الاستمرار فى العلاج (مثال ذلك : عدم حضور جلسات التدريب ومهاجمة الآخرين فى جلسات التدريب الجمعى على المهارات) ، كما أن سلوكيات إعاقة العلاج الأقل خطورة (مثل : رفض الحديث فى الجلسات الجماعية ، والسير جيئة وذهاباً بطريقة ملولة فى وسط الجلسات ، ومهاجمة المعالج أو العلاج) لا تمنح اهتماماً فى التدريب على المهارات بالقدر الذى تحصل عليه فى أسلوب العلاج الفردى . ذلك أن احتلال مثل هذه السلوكيات لمحور أولى فى التدريب يؤدى لعدم توفر الوقت على الإطلاق لتعلم المهارات السلوكية . وعموماً يوضع سلوك إعاقة العلاج على قائمة للانطفاء ، عند نقل العميل لجلسات التدريب ، ويتم تخفيفه فى الوقت نفسه . ويتعين أن يتلقى كل العملاء الذين يخضعون للتدريب على المهارات فى العلاج الجدلى السلوكى علاجاً نفسياً مصاحباً . ويحث العملاء خلاله

(1) psycho educational format

على التوجه بمشكلاتهم السلوكية إلى المعالج الأساسى . وإذا ظهرت محاولة خطيرة للانتحار ، يقوم المعالج القائم بالتدريب على المهارات (إذا كان شخصاً آخر غير المعالج الأساسى) بتحويل المشكلة إلى المعالج الأساسى .

وعلى الرغم من أن كل الاستراتيجيات المقدمة فيما بعد تستخدم فى كل من العلاج النفسى الفردى والتدريب على المهارات ، إلا أن الجمع بينهما يتقرر بشكل مختلف ؛ فاكتساب المهارات وتقويتها ، واستراتيجيات تعميمها هى استراتيجيات التغيير المهيمنة فى التدريب على المهارات . يضاف إلى ذلك أن التدريب على المهارات محدد البنية للغاية ، ويقدر أكبر كثيراً من بقية المكونات العلاجية الأخرى ، ويكرس نصف الوقت المخصص لكل جلسة لمراجعة التدريبات على المهارات ، التى تمت خلال الواجبات المنزلية ، ويكرس النصف الباقى من الوقت لتعليم مهارات جديدة ، وعادة ما يضع المعالج جدول الأعمال وموضوعات المناقشة الخاصة بالتدريب على المهارات ، باستثناء الحالات التى تكون فيها القضايا المتعلقة بالتفاعل مع الاخرين مهددة للتقدم .

الاستشارات التليفونية

تعد المكالمات التليفونية بين الجلسات (أو أيه اتصالات علاجية خلال مرحلة العلاج الجدلى السلوكى فى مواقف أخرى مثل أقسام العلاج الداخلية) جزءاً مكملاً للعلاج الجدلى السلوكى . وللمكالمات التليفونية ثلاثة وظائف مهمة :

(١) انها توفر مراناً على المهارات وتشجيعاً لمهارات تعميم السلوك .

(٢) أنها توفر تدخلا فى حالات الازمات الطارئة وبالتالى تكسر المسافة بين السلوك الانتحارى وأنتباه المعالج .

(٣) أنها توفر مجالا لأصلاح العلاقة العلاجية دون أن تتطلب انتظار العميل حتى الجلسة التالية . وبالنظر إلى مكالمات طلب العون ، يتباين هيكل المكالمات التليفونية بناء على تعقد وخطورة المشكلة المطلوب حلها ومقدار الوقت الذى يستطيع المعالج توفيره للمكالمة التليفونية . ويكون التركيز أثناء المكالمة ، فى المواقف الواضحة ، على ما يمكن للعميل أن يقرر استخدامه من المهارات السلوكية ، بصورة عقلانية سهلة (بدلاً من السلوك بطريقة غير سوية) ؛ لكى يواجه المشكلة . وعندما تكون المشكلات معقدة أو شديدة الخطورة بحيث لا يستطيع

العميل حلها على الفور ، يصبح التركيز منصباً على تحسين الكدر والتحمل ، وكف السلوك المرضي في حل المشكلات حتى يحين موعد الجلسة العلاجية التالية . وفي هذه الحالة الاخيرة لا يكون حل المشكلة التي أدت إلى الأزمة هو هدف المكالمات التليفونية .

وتعالج كل المكالمات التليفونية للحصول على العون بطريقة متشابهة بقدر الإمكان ، باستثناء الحالات التي تتطلب اتخاذ خطوات ضرورية لحماية حياة العميل عند وجود تهديدات انتحارية ؛ بهدف كسر الارتباط بين السلوك الانتحاري (الأفكار الانتحارية ، محاولات الانتحار ، والأزمات السلوكية) وزيادة المكالمات التليفونية . ويمكن للمرء في هذا الإطار القيام بأمر أو اثنين : رفض تلقي أية مكالمات بما في ذلك مكالمات ازمات الانتحار ، أو الإصرار على ان العميل الذي يتصل خلال ازمة الانتحار يتصل أيضاً خلال الأزمات الأخرى والمواقف المشكلة . وكما تذكر لينهان (Linehan (1993 a فإن خبراء السلوك الانتحاري يتفقون جميعا في القول بأن توفر المعالج ضروري بالنسبة للمرضى الانتحاريين . وبالتالي يختار العلاج الجدلي السلوكي المنحى الأخير ويشجع (ويصر في بعض الاحيان) على تلقي المكالمات حتى خلال فترات عدم وجود ازمات انتحارية . ويعد الإقلال من الاتصال بالمعالج مثله مثل الإكثار الزائد في الاتصال بالمعالج ، سلوكاً معوقاً للعلاج في العلاج الجدلي السلوكي .

والأولوية المطلقة لدى المعالج الفردي في المكالمات التليفونية ، هي صيانة العلاقة مع العميل ، ودائماً ما يعاني البينيين تأخيراً في ردود الأفعال الانفعالية في التفاعلات التي تحدث خلال جلسات العلاج ، ومن غير المبرر، من منظور العلاج الجدلي السلوكي ، أن يطالب العملاء بالانتظار لفترة اسبوع كامل قبل التعامل مع هذه الانفعالات . ومن الملائم أن يتصلوا لمكالمة تليفونية «من القلب إلى القلب» . ويكون دور المعالج في هذه المواقف أن يهدىء ويطمئن ، أما التحليل المتعمق فيمكن أن ينتظر حتى الجلسة التالية . ويستخدم المعالجون المهرة المكالمات لسبب واحد هو المحافظة على استمرار العميل في العلاج (بما في ذلك بالطبع الحفاظ على حياته ، عندما يكون ذلك ضرورياً) . أما بقية المشكلات الأخرى فيتناولها المعالج الأساسي ، كما تحال إليه أزمات الانتحار في أسرع وقت ممكن .

فريق الاستشارات والإشراف

يفترض العلاج الجدلى السلوكى لاضطراب الشخصية البينية أن العلاج الفعال يجب أن يوجه أكبر قدر من الاهتمام لسلوك المعالج وخبرته فى العلاج بالقدر من الاهتمام ، الذى يمنحه للعميل . وعلاج العملاء البينيين مثير بدرجة هائلة والاستمرار فى مجال العلاج الجدلى السلوكى يمكن أن يكون صعباً بدرجة مروعة ، وبالتالى فأحد الأجزاء المكملة للعلاج هى علاج المعالج نفسه. ومطلوب من كل المعالجين الاشتراك فى علاقة إستشارية أو إشرافية سواء مع شخص آخر أو مع مجموعة ، وتعقد جلسات الاستشارات أسبوعيًا ويحضرها المعالجون ، الذين يطبقون علاجًا جدليًا سلوكيًا للعملاء البينيين . ودور الاستشارة والإشراف هو الحفاظ على المعالج فى الإطار العلاجى ، وعرض المشكلات التى تظهر أثناء تقديم العلاج .

الجلسة

يكيف العلاج الجدلى السلوكى لمجموعة متنوعة من الجلسات ، التى تتضمن فئة المرضى العقليين الخارجيين ، ووحدات العلاج الداخلى ذات الفترات الطويلة ، وعلاج اليوم الواحد ، وحالات الدخول الحادة إلى المستشفى . وتملى الظروف الفردية تكيف العلاج وفق احتياجات كل من العميل والمعالج ، وكذلك المصادر المتوفرة . وبالتالى يتغير تقسيم العمل بناء على الخصائص النوعية للموقف ، مثال ذلك أنه بينما تأخذ الجلسات المعيارية للتدريب على المهارات فى عيادتنا شكل العلاج الجماعى ، فإن جلسات تدريب خاصة أو جلسة عيادية قد لا تتوافر لها المصادر ، أو العملاء الذين ينتظمون فى مجموعة منفصلة . وعلى المعالج ان يختار فى مثل هذه الحالات أن يرى العميل مرتين أسبوعيا : مرة للعلاج الفردى ، ومرة اخرى للتدريب على المهارات ، أو يقوم معالج ثانٍ أو فنى سلوكى (١) بمهمة تدريب العميل على المهارات الفردية .

ويتم العلاج الفردى فى عيادتنا فى مكتب العلاج الإكلينيكى ، ويجرى للمجموعات المنفصلة فى فصل خاص بالعيادة . وأحياناً ما تحتاج بعض المتطلبات الوقتية للعلاج الانتقال إلى جلسات مختلفة . مثال ذلك إمكان رؤية المرضى ، الذين يخضعون لإجراءات جراحية أو طبية فى المستشفى ، أو فى

(1) Behavioral technician

منازلهم بعد خروجهم من المستشفى . وعقد جلسات علاجية لبعض العملاء المراهقين ممن يعانون من درجة مرتفعة من التضارب الانفعالى حول العلاج خارج العيادة فى أماكن ، مثل : المقاهى ، أو نوادى البولينج أو فى السيارات يمكن أن يكون مفيداً فى استمرار الصلة العلاجية خلال المراحل الصعبة .

المتغيرات الخاصة بالعميل

هناك عدد من الخصائص الجوهرية المطلوبة فى عميل العلاج الجدلى السلوكى ، من بينها : المشاركة الاختيارية ، والالتزام بفترة زمنية محددة (من سته أشهر إلى عام فى المعتاد) . ويتطلب التطبيق الفعال للعلاج الجدلى السلوكى علاقة تفاعلية قوية بين المعالج والعميل ، وعلى المعالج أن يعمل ليصبح هو المدعم الرئيسى فى حياة العميل ، ثم يستخدم العلاقة لتشجيع العميل على التغير . ويستخدم استمرار العلاقة بوصفه شرطاً إيجابياً لبقاء العميل فى العلاج . وتدبر هذا الشرط يعد حلا وسطا جادا مع العملاء المجبرين على العلاج ، ويمكن قبول القيام بالعلاج بناء على أوامر المحكمة ، إذا وافق العملاء على البقاء فى العلاج حتى بعد الغاء حكم المحكمة . ويتعين على العملاء الموافقة أيضًا على العمل على خفض سلوك الانتحار وسلوك إعاقة العلاج ، وزيادة المهارات السلوكية كشرط لقبولهم فى العلاج . وقد لاحظنا من خبرتنا أيضا أن السكان المحليين مرغوبين بقدر أكبر فى العلاج ، ذلك أن العملاء الذين لا يقطنون فى المنطقة القريبة ، أو الذين يتعين عليهم الانتقال للمنطقة للحصول على العلاج يكون احتمال الانقطاع عن العلاج أكبر فى فترة مبكرة . وإحدى خصائص العميل الضرورية للمشاركة فى العلاج الجماعى ، هى القدرة على التحكم فى السلوك العدوانى نحو الآخرين .

وقد تطور العلاج الجدلى السلوكى وقيم مع النسبة من الافراد البينيين ، الذين ربما كانوا الاكثر تطرفًا فى اضطرابهم ، وكان لكل العملاء الذين قبلوا فى العلاج تاريخ لسلوك محاولات الانتحار . وعلى الرغم من ذلك ، فقد صمم العلاج بصورة مرنة ، ومن المرجح أن يكون فعالاً مع الأفراد أصحاب الاضطرابات الأقل حدة . ويتعين أيضا ملاحظة أن كل العملاء فى دراسات النتائج حتى الان كن من النساء ممن يقعن فى المرحلة العمرية بين ١٨ ، ٤٥ عاما . وبينما يبدو من المحتمل أن يقبل هذا العلاج التطبيق بقدر مساوٍ على العملاء الذكور ، إلا أن هذا التطبيق لم يخضع بعد لتحليل واقعى صارم .

المتغيرات المتعلقة بالمعالج

لقيت خصائص المعالج التى تيسر العلاج الجدلى السلوكى القليل من الاهتمام النسبى ، مقارنة ببقية جوانب العلاج الاخرى . وعلى الرغم من ذلك، فإن الدلائل الحديثة تؤيد افتراض أن العلاج المؤثر للعملاء البينيين يتطلب توازناً ماهراً بين التقبل واستراتيجيات العلاج (Shearin & Linehan, 1992)، وقد توصلت هذه الدراسة أيضًا إلى أن إدراكات المعالج التى لا تنتقص من قدر العملاء ترتبط بالمثل بقدر أقل من السلوك الانتحارى .

وتصف لينهان (Linehan (1993 a الخصائص المطلوبة فى المعالج فى ضوء ثلاثة أبعاد ثنائية الاقطاب يجب أن تتوازن عند القيام بالعلاج: يمثل البعد الأول التوازن بين التوجه نحو التقبل مع التوجه نحو التغير ، ويتعين على المعالج أن يكون قادراً على كف الاتجاهات التقييمية التى تحدث فى أغلب الظروف ، وأن يمارس تقبل العميل له وللعلاقة والعمليات العلاجية كما تحدث فى اللحظة الراهنة . وعلى الرغم من ذلك يجب أن يظل المعالج مدركاً أن العلاقة العلاجية تنشأ من ضرورة التغيير وافتراض مسئوليته عن توجيه التأثير العلاجى . ثانياً ، على المعالج أن يوازن بين النزعة الوسطية والمرونة الرحيمة . ويقصد بالوسطية فضيلة إيمان الشخص بنفسه وبالعلاج وبالعميل ، والمرونة الرحيمة هى القدرة على الأخذ بعين الاعتبار المعلومات المتعلقة بالعميل وتعديل الشخص لنفسه وفقا لها ، وربما يكون الامر الاكثر أهمية هو أن تعبر المرونة عن تسليم المرء بأخطائه العلاجية وإصلاحها .

وأخيراً يجب أن يكون المعالج الجدلى السلوكى قادراً على الموازنة بين الدرجة العالية من اعتبارات التنشئة والعمل الخيرى . وتشير التنشئة إلى التعليم والتدريب والمعاونة وتقوية العميل ، بينما يشير العمل الخيرى إلى ضرورة أن يدرك المعالج الإمكانات المتوفرة ويدعم السلوك التوافقى ، ويرفض أداء « عمل » للعملاء ، عندما يكونون قادرين على « أدائه » بأنفسهم . بالإضافة إلى كل ذلك، فإن القدرة على العطاء تتطلب اقتران الإرادة بالإيمان بالقدرة على التغيير ، ويجب أن ينظر المعالج الجدلى السلوكى الفعال لعميلة على أنه يتسم بالقوة .

استراتيجيات العلاج

تشير استرايجيات العلاج فى العلاج الجدلى السلوكى إلى كل من دور المعالج وتوجهاته ، بالإضافة إلى المجموعة المتآزرة من الإجراءات التى تستخدم لتحقيق أهداف علاجية معينة .وعلى الرغم من أن الاستراتيجية العلاجية الجدلية

السلوكية تتضمن عادة عدداً من الخطوات ، إلا أن استخدام استراتيجية ما قد لا يتطلب بالضرورة تطبيق كل خطوة فيها ومن المهم بقدر جوهرى أن يطبق المعالج جوهر الاستراتيجية ، بدلاً من توجيه العميل بصورة تفتقر إلى المرونة عبر سلسلة من المناورات سابقة التحديد .

وتطبق فى العلاج الجدلى السلوكى خمس خطوات من الاستراتيجيات العلاجية لتحقيق الاهداف السلوكية التى سبق الإشارة إليها ، وهذه الخطوات هى :

(١) الاستراتيجيات الجدلية .

(٢) الاستراتيجيات المحورية [١] .

(٣) الاستراتيجيات الاسلوبية [٢] .

(٤) استراتيجيات تدبر الحالة [٣] .

(٥) الاستراتيجيات المتكاملة [٤].

ويعرض شكل (١- ١٠) استراتيجيات العلاج الجدلى السلوكى بالنسبة لجلسة فردية لعميل واحد . وقد تستخدم استراتيجيات معينة أكثر من غيرها ، كما قد لا تكون كل الاستراتيجيات ملائمة بالضرورة ، وفيما يلى مناقشة مختصرة لاستراتيجيات العلاج .

ولمزيد من التفاصيل نحيل القارئ الى دليل العلاج (Linehan, 1993 a) .

الاستراتيجيات الجدلية

تتخلل الاستراتجيات الجدلية كل جوانب العلاج ، ويوفر استخدامها منطق إضافة تعبير جدلية لمسمى العلاج . وهناك ثلاثة أنواع من الاستراتيجيات : تلك التى تتعلق بكيفية تشكيل المعالج للتفاعلات ، وتلك التى تتعلق بكيفية تحديد المهارات السلوكية ، واستراتيجيات نوعية محددة تستخدم خلال القيام بالعلاج .

---

(1) Core strategies

(2) Stylistic strategies

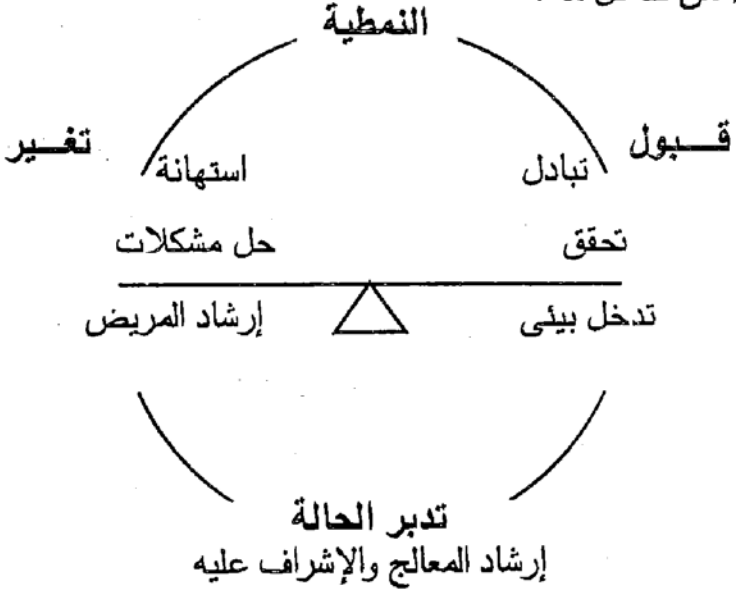
(3) Case management strategies

(4) Integrated strategies

استرتيجيات العلاقة

توازن أستراتيجيات العلاج

تتعلق الاستراتيجيات الجدلية باوسع معنى للكلمة بما يتعين على المعالج عملة لموازنة التوتر الجدلي ، خلال العلاقة التفاعلية . وكما سبق الإشارة إلى ذلك، فإن الجدلية أساسية فى كل علاج نفسى بما فى ذلك علاج العملاء اصحاب اضطراب الشخصية البينية ، وهى تعنى تقبل ما هو كائن وبذل الجهد لتغيير ما هو كائن . والموقف الجدلى العلاجى عبارةعن شكل من الانتباه المتصل للجمع بين التقبل والتغير ، المرونة والثبات ، التنشئة والتحديات ، والتركيز على الإمكانات ، مع التركيز على المعوقات والآفات . والهدف من وراء ذلك هو الكشف عن التناقضات فى كل من العلاج وحياة العميل وتقديم ظروف التركيب بين النقيضين (١) . والفرض الأولى هنا هو أن التغير يمكن أن يكون ميسوراً ، من خلال التأكيد على التقبل ، كما أن التقبل يؤكد التغير . ويحتل التأكيد على النقائض مكانه أحياناً عبر الوقت (أى عبر تفاعل كلى) ، وليس على التزامن أو فى كل جزء من تفاعل ما .



شكل (١ - ١٠) : الاستراتيجيات العلاجية فى العلاج الجدلى السلوكى، عن العلاج المعرفى السلوكى لاضطرابات الشخصية البينية (ص ٢٠٠) لينهان Linehan, 1993 نيويورك ، دار جيلفورد للطباعة ، حقوق النشر لجيلفورد ١٩٩٣

(1) Syntheses

وعلى الرغم من أن الكثير من – إن لم يكن كل – أساليب العلاج النفسى بما فى ذلك العلاج المعرفى والعلاج السلوكى تميل إلى قبول هذه القضايا المتعلقة بالتوازن ، إلا أن وضع مفهوم التوازن فى مركز أسلوب العلاج يؤكد أن المعالج يظل يقظاً لأهميته .

والاستراتيجيات التى تؤكد التقبل شديدة الشبة بالاستراتيجيات المستخدمة فى العلاج المتمركز حول العميل (١) (أو أنها مطابقة له فى بعض الاحيان) ، وفى استراتيجيات تدبر حالة العميل التى تمتد إلى العملاء البعيدين فى الطب النفسى البيئ . وهذه الاستراتيجيات التى تؤكد التغير مأخوذة أساساً من أساليب العلاج المعرفى والسلوكى ، على الرغم من تخلى العلاج الجدلى السلوكى على وجه الخصوص عن التداخل الجوهرى بين كلا الاستراتيجيتين ، وأساليب العلاج الدينامية . وعملية التصنيف بين التقبل والتغيير عملية مصطنعة ، طالما أن كل استراتيجية تشمل كلاً من التقبل والتغيير بطرق مختلفة . وأفضل الاستراتيجيات هى بالتأكيد تلك التى تجمع بين التقبل والتغير فى حركة واحدة . والتأكيد الشامل على التوازن (فى العلاج وخارجه على السواء) مناظر للعلاج الجشطالتى وعلاج النظم (٢) .

تعليم السلوك الجدلي

تشير أشكال التطرف السلوكى والتصلب – سواء كانت معرفية أو أنفعالية أو مكشوفة – إلى أن الجمع بين النقيضين (٣) لم يتحقق بعد ، وبالتالى يمكن اعتباره غير جدلى . ويتعين بدلاً عن ذلك الدفاع عن مسار توسطى يمكن تأييده وتعديله، ويكون مشابهاً لذلك الذى تدعو إليه البوذية ، والأمر المهم فى تتبع هذا المسار التنويرى هو تجنب الوقوع فى شرك أى تطرف ، بمعنى أنه يتعين اتباع الطرق الوسطية (Koyokai, 1966) ، ويماثل هذا التأكيد على التوازن المنحى المقدم فى نماذج منع الانتكاس (٤) ، التى اقترحها مارليت Marlatt وجوردون Gordon (1985) لعلاج السلوك الإدمانى . وبهذا يساعد المعالج العميل على الانتقال من

(1) Client - centered therapy
(2) Systems therapy
(3) Synthesis
(4) Relapse - prevention models

حالة إما – أو [1] إلى حالة كلاهما– وغيرهما [2] ، والمقصود هنا ليس دحض الفكرة الأولى أو القطبية عند التأكيد على الثانية .

استراتيجيات جدلية نوعية

هناك ثمانية استراتيجيات نوعية فى العلاج الجدلى :

(١) اقتحام التناقضات الظاهرية واستخدامها .

(٢) استخدام المجاز [3] .

(٣) لعب دور دفاع الشيطان [4] .

(٤) التوسع أو الامتداد [5] .

(٥) تنشيط العقلانية [6] .

(٦) عمل ليمونادة من الليمون [7] [أى تحويل الحامض إلى حلو] .

(٧) السماح بالتغيير الطبيعى (وعدم الاتساق حتى خلال البيئة العلاجية) .

(٨) التقييم الجدلى من خلال الاستمرار فى التساؤل حول « مالذى تبقى لدينا هنا بعد ذلك ؟ » .

ونتيجة للحيز المتاح هنا سنقدم مجموعة مختارة من هذه الاستراتيجيات فى القسم التالى . ويستطيع القارئ المهتم الحصول على مراجعة كاملة فى دليل العلاج السلوكى (Linehan, 1993 a) .

اقتحام التناقضات الظاهرية

يعد اقتحام التناقضات الظاهرية أسلوباً قوياً لأنه يتضمن عنصر المفاجأة ، ويقوم المعالج فيه بعرض التناقض الظاهرى دون تفسيره ، ثم يلقى الضوء على

---

(1) "Either - or"
(2) "Both - and "
(3) Metaphor
(4) Devil's advocate
(5) Extending
(6) Wise mind
(7) Making lemonade out of lemons

التناقضات الظاهرية المتعارضة التى يتضمنها مجال السلوك والعمليات العلاجية وفى الواقع بصفة عامة . وجوهر هذه الاستراتيجية هو رفض المعالج التقدم نحو التفسير العقلانى ، وتقابل محاولة العميل البحث عن المنطق خلف التناقضات بصمت من المعالج ، ويصمم سؤالاً أو قصة لإلقاء قدر ضئيل من الضوء على المعضلة التى يتعين حلها ، ويشجع العميل للوصول إلى الفهم وعلى التحرك نحو الجمع بين النقيضين أو القطبين المتعارضين وحل المأزق بنفسه .

وقد ألقت لينيهان Linehan (1993 a) الضوء على عدد من التناقضات الظاهرية النمطية والتوترات الجدلية المقابلة لها ، والتى تشاهد خلال البرنامج العلاجي . ويكون العملاء أحراراً فى اختيارهم لسلوكهم الخاص ، ولكنهم لا يستطيعون الاستمرار فى العلاج ما لم يعملوا على تغيير سلوكهم . ويتم تعليم كيفية تحقيق قدر أكبر من الاستقلالية ، من خلال زيادة مهاراتهم وطلبهم الحصول على مساعدة الاخرين . وللعملاء الحق فى أن يقتلوا انفسهم ، بشرط تمكنهم من إقناع المعالج أن الانتحار هو الحل الوحيد المسلط على رقابهم . والعملاء غير مسئولين عن الحال الذين هم فيه ، ولكنهم مسئولون عما أصبحوا عليه . وبإلقاء الضوء على هذه التناقضات الواقعية ، يناضل كل من العميل والمعالج لمواجهة تصلب انماط التفكير والانفعالات والسلوك واستمرارها ، وبحيث تبرز انماط تلقائية مرنة .

المجاز : النوادر والأساطير ، والقياس ، ورواية القصص

يعد استخدام المجاز ، والحكايات والنوادر والأساطير مهم للغاية فى العلاج الجدلى السلوكي ، وهو يوفر معانٍ بديلة لتعليم التفكير الجدلى . وعادة ما تكون القصص من الأمور المشوقة والأسهل فى التذكر ، وهى تشجع البحث عن معانى بديلة للأحداث الجارى فحصها . وبصفة عامة ، فإن فكرة المجاز هى التعامل مع شيء يفهمه العميل ومقارنته بالقياس إلى شيء لا يفهمه العميل ، ويمكن للاستخدام الإبداعى للمجاز أن يساعد العميل على الفهم واقتراح حلول للمشكلات ، وإعادة صياغة المشكلات الخاصة بكل من العملاء والعمليات العلاجية .

دفاع الشيطان

يشبه أسلوب دفاع الشيطان المنحى الجدلى المستخدم فى أساليب العلاج الانفعالى العقلانى (١) وإعادة التشكيل المعرفى (٢) بوصفه طريقة لمواجهة العملاء

(1) Rational - emotive

(2) Cognitive reconstructuring

بمعتقداتهم غير السوية أو أدوارهم المشكلة . ويقدم المعالج من خلال هذه الاستراتيجية اقتراحاً متطرفاً لأحد معتقدات العميل غير السوية ، ثم يقوم بدور دفاع الشيطان عن هذا المعتقد ليقف فى مواجهة محاولات العميل دحض هذه الفكرة أو هذا الدور . وقد يقول العميل : « لأننى شديد السمنة ، فمن الأفضل بالنسبة لى أن أموت » ، ويدافع المعالج عن هذه الفكرة محبذاً لها ، وقد يقترح الآتى: طالما أن هذا الأمر صواب بالنسبة للعميل ، فلابد أن يكون صواباً أيضاً بالنسبة لبقية الناس ، وبالتالى فمن لأفضل أن يموت كل اصحاب الوزن الزائد . وعلى المعالج أن يستمر فى هذا الخط قائلاً : « وطالما أن عناصر تعريف الوزن الزائد تختلف بقدر كبير بين شخص وآخر ، فلابد أن يكون هناك عدد مرعب من الناس، الذين يمكن اعتبارهم من أصحاب الوزن الزائد فى نظر شخص ما ، ولا بد أن يعنى هذا أنه من الأفضل لهم جمعياً أن يموتوا » . ثم « ياإلهى أن وزنى زائد بحوالى خمسة كيلو جرامات ، أظن أنه من الأفضل أن أموت أنا أيضاً» . ويمكن معارضة أية تحفظات يذكرها العميل بمبالغات أخرى إلى أن تصبح الطبيعة الانهزامية الذاتية للمعتقد واضحة .

ودائماً ما يستخدم دفاع الشيطان خلال الجلسات الأولى لاستثارة التزام قوى من جانب العميل ، ويحتمل أن يكون استخدامه بهذه الطريقة فكرة جيدة، وحيث يقوم المعالج بالجدل حول أنه طالما أن العلاج سيكون مؤلماً وصعباً ، فلن يكون من الواضح كيف يستطيع العميل الالتزام به (وبالتالى قبوله فى العلاج) ، وعادة ما يكون تأثير ذلك انتقال العميل لتبنى الموقف العكسى مؤيدا التغير العلاجى . ومن المهم للاستخدام الناجح لهذا الاسلوب العلاجى أن يبدو جدل المعالج منطقيا بالقدر الذى يكفى لجدال العميل حول وجهة النظر المناقضة ، وأن تقدم الحجج بوجه يحمل تعبيرات جادة وبطريقة بسيطة ولكنها غير معتادة .

الامتداد

استعير تعبير الامتداد (١) من الأيكيدو Aikido ، وهو صورة يابانية للدفاع الذاتى . ويحدث الامتداد فى سياق هذا الدفاع ، عندما يكون ممارس الأيكيدو فى انتظار وصول حركات المتحدى إلى أقصى اكتمالها الطبيعى ، ثم يمتد هو بنقطة نهايته أكثر قليلاً مما يتعين حدوثه بصورة طبيعية ، تاركاً المتحدى مستهدفاً

---

(1) Extending

وفاقداً لتوازنه . ويحدث الامتداد فى العلاج السلوكى ، عندما يأخذ المعالج موقفاً يحاول العميل البرهنة عليه ، بشكل أكثر جدية من العميل نفسه . وهذه الاستراتيجية هى الصورة المكافئة لأستراتيجية دفاع الشيطان . وهى فعالة على وجه الخصوص ، عندما يهدد العميل بمترتبات رهيبه لحدث أو مشكلة . ولناخذ التفاعل الذى يحدث مع العميل الذى يهدد بالانتحار إذا لم يحدد له وقت إضافى مع المعالج فى اليوم التالى مباشرة . ويجرى الحوار التالى بين المعالج (م) والعميل (ع) بعد فشل محاولات ايجاد موعد مقبول من الطرفين .

(ع) : لا بد من مقابلتك غداً ، وإلا فإننى على يقين من أن الأمر سينتهى بى لأن أقتل نفسى ، أنا لا استطيع لم شمل نفسى بمفردى أكثر من ذلك .

(م) : (همهمة) ، لم أكن أعرف أنك متضايق بهذا القدر ، علينا القيام بشىء ما على الفور إذا ما كنت متكدراً بالقدر الذى يجعلك تقتل نفسك ، ما رأيك فى إدخالك المستشفى ، ربما يحتاج الأمر الى ذلك ؟

(ع) : لا ، لن أذهب إلى المستشفى ، لما لا تعطينى فقط موعداً ؟

(م) : كيف يمكننا مناقشة مثل هذا الموضوع الدنيوى فى جدول أعمال الجلسة ، فى الوقت الذى تكون فيه حياتك فى خطر ، كيف تخطط لقتل نفسك ؟

(ع) : أنت تعرف كيف . لما لا تلغى أحد مواعيدك أو تؤجليه ، يمكنك إلغاء موعد مع أحد تلاميذك لوقت آخر ، أنا لا أستطيع الانتظار أكثر من ذلك.

(م) : أنا قلقة حقيقة عليك . هل تعتقد أنه من الأفضل أن أستدعى لك سيارة إسعاف ؟ .

يلاحظ أن الجانب من الحوار الذى يتناوله المعالج بصورة جادة (أى الانتحار كاحتمال مترتب على عدم الحصول على موعد) ليس هو الجانب الذى يريد العميل تناوله بشكل جاد (أى الحاجة إلى موعد إضافى فى اليوم التالى) . وبينما يتناول المعالج الاحتمالات المترتبة بشكل جاد ويذهب بها إلى أبعد مداها ، فإن العميل يريد تناول مشكلته بصورة جادة ، وهو يمتد بجدية المشكلة إلى أبعد مداها بالتأكيد .

عمل ليمونادة من الليمون *

يشبه عمل ليمونادة من الليمون الفكرة المعروفة فى العلاج النفسى الدينامى باسم استخدام مقاومة العميل ، وحيث ينظر إلى المشكلات العلاجية باعتبارها توفر إمكانية للمعالج لمساعدة العميل ، وتتضمن هذه الاستراتيجية تناول شىء يبدو مشكلاً ، وتحويله إلى أمر مؤكد ، وبحيث تصبح المشكلات بمثابة إمكانية توفر ممارسة المهارات ، كما تسمح المعاناة بتعبير الآخرين عن تعاطفهم ، وتصبح جوانب الضعف مصادر قوة للشخص . وتكمن الخطورة فى استخدام هذه الاستراتيجية من اختلاطها بصورة مربكة بالمقولات المتكررة غير الصحيحة ، والتى يكررها العملاء البينيون . وعلى المعالج أن يتجنب الميل للافراط فى تبسيط مشكلات العميل وتكرار استدلال أن الليمون فى حياتهم هو بالفعل ليمونادة . وبينما يعترف المعالج أن الغيوم سوداء بالفعل ، إلا أنه يساعد العميل على العثور على الخصائص الإيجابية فى الموقف ، وأن خلف الغيوم السوداء سماء صافية .

الاستراتيجيات المحورية

تمثل استراتيجيات التحقق وحل المشكلات إلى جانب الاستراتيجيات الجدلية جوهر العلاج الجدلى السلوكى وهى تشكل قلب عملية العلاج . ويعرض شكل (٢ - ١٠) الاستراتيجيات المحورية . واستراتيجيات التحقق هى أكثر استراتيجيات التقبل وضوحاً ، بينما استراتيجيات حل المشكلات هى أكثر استراتيجيات التغيير وضوحاً . وتستخدم كل من استراتيجيات التحقق وحل المشكلات فى كل تفاعل مع العميل ، على الرغم من أن التكرار النسبى لاستخدام أى منهما يعتمد على نوعية العميل والموقف الراهن ومدى قابلية هذا العميل ، ويرجع الكثير من المأزق العلاجية إلى عدم التوازن فى استخدام استراتيجية ما على حساب الأخرى .

التحقق

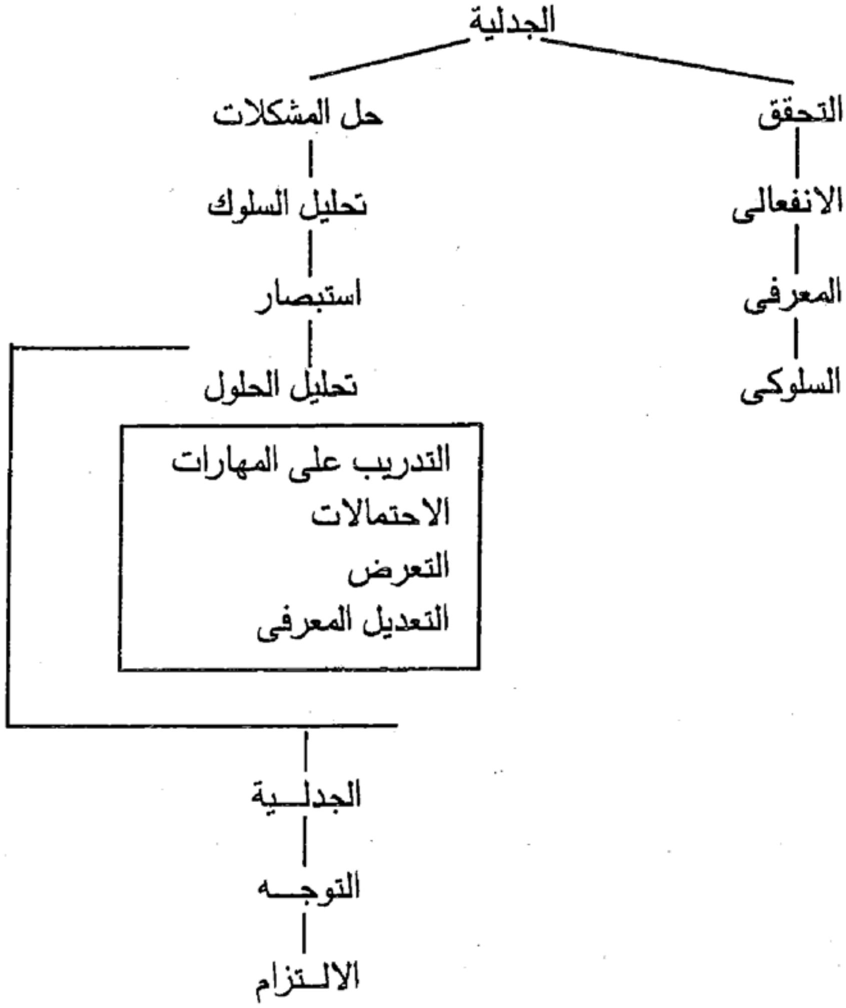
عادة ما يقدم العملاء البينيون أنفسهم على أنهم أفراد يعانون من آلام انفعالية مفرطة . وهم يحتاجون ، وأحياناً ما يطلبون ، من المعالج أن يفعل شيئاً ما لتغيير هذه الحالة . ومن المثير للإغراء للغاية التركيز على طاقة العلاج فى تغيير

* المقصود هنا تحويل الحامض إلي حلو (المترجم)

العميل ، من خلال تعديل الافكار غير العقلانية ، وتعديل فروضه ومخططاته ، ونقد تفاعلاته السلوكية أو دوافعه التى تعزى إلى مشكلات التفاعل، وإعطائه عقاقير لتغيير حالته العضوية غير السوية ، وخفض أنشطته التى تستثير خوفًا حاداً، وغضباً وشعوراً بالعار ، أو تأليفًا من هذه الثلاثة مجتمعة . وبالتالى فإن التركيز الكامل على العلاج القائم على التغيير يمكن أن يكون منفراً طالما أن التوجه العلاجي يعزى بالضرورة إلى الضعف الشخصى ، ويستثير الانفعالية المبالغ فيها وشدتها ، إلى غير ذلك . وفى ضوء كثير من الاعتبارات ، يؤدى هذا التوجه إلى إعادة الإذعان للبيئة الموهنة من خلال تأكيد أسوأ مخاوف العميل : وهى أن العميل نفسه هو المشكلة، وأنه لا يستطيع بكل تأكيد الثقة فى ردود أفعاله للأحداث . وانعدام الثقة وضعف الطريقة التى يستجيب بها المرء للأحداث تعد منفرة بالرغم من ذلك ، ويمكن أن تكون الخطوتان الاوليان في التحقق شائعتين فى كل أساليب العلاج النفسى . وهما يتضمنان استثارة مشاعر العميل وأفكاره وفروضه وإظهارها بدقة ، وهما يوفران عائداً دقيقاً لأنماط سلوك العميل .

ويمكن « لقرأة عقل المريض » أو مجرد معرفة كيف يشعر ، أو الإشارة إلى ما فعله أو يفعله دون ذكره بشكل مباشر أن يكون مفيداً للغاية خلال المراحل المبكرة من العلاج . وجزء جوهرى من علاج المرضى البينيين ، يتضمن التصنيف النشط للاستجابات الانفعالية المعقدة أولاً إلى أحداث وثانيًا إلى استجابات العميل لردود افعاله الاولية ، وهذا الشكل من التفهم غير المقنن لنمط الاستجابات جزء جوهرى من التحقق .

والخطوة الثالثة فى التحقق هى خاصية التعريف النقدى . ويتعين على المعالج أن يتمعن فى هذا الجزء من استجابات العميل ، الذى يتصف بالعقلانية أو المصداقية أو كليهما ، وعليه أن يبرز هذه المصداقية أو القابلية للفهم . ولا يخفى على المعالج أى اختلال فى الاستجابة ، ولكنه يبحث عن المنبهات القائمة فى البيئة التى تدعم سلوك العميل . وعند التحقق يتواصل المعالج مع العميل بطرق تخلو من الغموض ؛ بحيث يكون سلوك العميل الحالى والسابق وأفكاره وانفعالاته ذات معنى ومفهومة فى السياق الذى تظهر فيه .



شكل (٢ – ١٠) : محور الاستراتيجيات الجدلية .

ومن الأمور غير الصحيحة افتراض أن الاستجابات غير السوية تكون ذات معنى فقط من حيث تعلقها بالاحداث السابقة (وليس من حيث تعلقها بالأحداث الراهنة) . وبالتالى فإن التحقق من أشكال السلوك الواضحة غير السوية ، بما فى ذلك الاستجابات الانفعالية والادركات وتفسيرات الأحداث، قد يتطلب من المعالج البحث عن الذهب المطمور فى قاع النهر .

استراتيجيات التشجيع [1] شكل آخر من أشكال التحقق ،وهى بمثابة الاستراتيجية الرئيسة للتنافس بين السلوك السلبى والسلوك الإيجابى لدى العميل

(1) Cheerleading

وميله لفقدان الأمل . وينقل المعالج للعملاء من خلال التشجيع اعتقاده أنهم يبذلون أقصى جهدهم ، ويتحقق من قدرة العملاء على تخطى صعوباتهم (وهو نوع من التحقق إذا لم يتم تناوله بحرص ، يمكن أن يؤدى بصورة متزامنة إلى إضعاف إدراكات العملاء ليأسهم) ، يضاف إلى ذلك أنه يتعين على المعالج أن يعبر عن ثقته فى العلاقة العلاجية ، ويكرر التأكيد على دلائل التحسن ويلقى عليها الضوء . ويستخدم التشجيع فى العلاج الجدلى السلوكى فى كل لقاء علاجى، بينما يتعين خفض التشجيع النشط ، الذى يقدم للعميل مع تعلم العملاء التحق والثقة بأنفسهم ، ودائمًا ما تظل استراتيجية التشجيع مكوناً جوهرياً فى التحالف العلاجى القوى .

حل المشكلات

ناقشنا من قبل كيف أن العملاء البينيين ينظرون إلى العلاج ، الذى يركز على التغيير على أنه علاج غير كفء . وعلى الرغم من ذلك فإن العلاجات التى تركز فقط على التحقق أو التصديق يمكن تبين أنها مشكلة هى الأخرى بالقدر نفسه ، فحض الشخص على قبول وضعه الحالى يقدم القليل من العزاء للأفراد ، الذين يعانون الحياة بوصفها مؤلمة وغير محتملة . وحل المشكلات استراتيجية محورية للتغيير فى العلاج الجدلى السلوكى ، وقد صممت لتشجيع نمط نشط لسلوك حل المشكلات ، وعلى الرغم من ذلك فإن استخدام هذه الاستراتيجيات مع البينيين محفوف بالصعاب . وعلى المعالج أن يضع فى اعتباره أن العملية ستكون أكثر صعوبة مع العملاء البينيين منها مع أى مجموعة أخرى من العملاء ، وعند العمل مع العملاء البينيين فإن الحاجة للتفهم العطوف والتدخلات ، التى تستهدف تعزيز الحالة المزاجية القائمة يمكن أن تكون شديدة الأهمية . واستراتيجيات التحقق التى نوقشت الآن بالإضافة إلى استراتيجية التواصل الذى يتسم بالتهوين ، الذى يتلوها يمكن أن تكون ذات فائدة بالغة.

وتتضمن أستراتيجية حل المشكلات فى العلاج الجدلى السلوكى عمليتين مرحليتين تركزان أولاً على فهم وتقبل مشكلة مختارة ، ثم توليد حلول بديلة لها. وتستخدم المرحلة الأولى :

(١) تحليلاً سلوكياً .

(٢) استبصاراً بالسياقات السلوكية المتكررة .

(٣) تزويد العميل بمعلومات تعليمية حول مبادئ السلوك ، ومعاييرة ، وغير ذلك . ويتم فى المرحلة الثانية تحديد أهداف التغير ، من خلال:

(٤) استخدام تحليلات للحلول الممكنة للمشكلات .

(٥) توجيه انتباه العميل إلى الاجراءات العلاجية ، التى يمكن أن تؤدى إلى استحداث التغيرات المرغوبة .

(٦) اختيار الاستراتيجيات التى تصمم لإبراز وتقوية الالتزام بهذه الاستراتيجيات.

ويتجه القسم التالى بشكل محدد إلى تحليل السلوك والحلول .

تحليل السلوك

يعد تحليل السلوك أحد أهم الاستراتجيات المستخدمة فى العلاج الجدلى السلوكى ، وهو أيضا أكثرها صعوبة . ويهدف التحليل السلوكى إلى اختيار مشكلة وتحديد أسبابها أمبريقيا ، وتحديد ما الذى يمنع حلها ، وما المعينات المتاحة لحلها ، ويتجه التحليل السلوكى نحو أربع قضايا أولية :

(١) هل يتم تدعيم أشكال السلوك الفعالة ، وهل تلى أشكال السلوك الفعالة نتائج منفرة ، أم أن المترتبات التى كوفئت هى المتأخرة ؟

(٢) هل تتوفر لدى العميل المهارات السلوكية المطلوبة لضبط انفعالاته/ والاستجابة بطريقة تتسم بالمهارة للصراع ، والقدرة على ضبط سلوكه ؟ .

(٣) هل هناك أنماط من التجنب ، أو هل يتعرض السلوك الفعال للكف نتيجة لمخاوف غير مبررة أو مشاعر ذنب ؟ .

(٤) هل العميل غير واعٍ بالاحتمالات الواردة في بيئته ، أو هل تعرضت أشكال السلوك الفعالة لديه للكف نتيجة لمعتقدات أو فروض خاطئة ؟

وتقود الإجابة عن هذه الأسئلة المعالج فى اختياره للإجراءات العلاجية الملائمة ، مثل : تدبر الاحتمالات ، والتدريب على المهارات السلوكية ، والتعرض، أو التعديل المعرفى . وبالتالى فإن قيمة أى تحليل هو مساعدة المعالج على تقييم وفهم المشكلة فهما كاملا ، لكى يحصل على استجابات علاجية فعالة .

والخطوة الأولى فى التحليل السلوكى هى مساعدة العميل على تحديد المشكلة ، التى يتعين تحليلها ووصفها بتعبيرات سلوكية . وعادة ما يبزغ تعريف المشكلة من خلال مناقشة أحداث الأسبوع السابق ، والذى يحدث دائمًا فى سياق مراجعة بطاقات اليوميات . وربما تكون الفروض حول الحقائق غير الواضحة أكثر الاخطاء شيوعًا عند هذه النقطة . ويتلو تحديد المشكلة توجيه سلسلة التحليل حتى نهايتها خطوة بعد خطوة لوصف سلسلة الأحداث المؤدية إلى السلوك والتالية له .

ويضع المعالج فى التحليل التسلسلى خريطة للمسار العام ؛ لكيفية وصول العميل إلى الاستجابات غير السوية ، بما فى ذلك بداية المسار ، مع تدوين احتمالات أية مسارات أخرى توافقية أو تقاطعات عبر المسار . وتتضمن الأهداف الإضافية تحديد الأحداث التى تستثير آليات السلوك غير المتوافقة، والآفات السلوكية التى تلعب دوراً فى استمرار الاستجابات المشكلة ، والأحداث البيئية والسلوكية التى تتدخل فى أنماط السلوك الأكثر ملاءمة . والهدف النهائى هو تحديد أداء السلوك ، أو من منظور أخر ما المشكلة التى كان السلوك يستهدف حلها .

ودائمًا ما تبدا سلسلة التحليل بحدث بيئ محدد ، وقد تكون الإشارة إلى مثل هذا الحدث من الأمور الصعبة ، حيث يغلب ألا يكون العملاء قادرين على تحديد الشىء فى البيئة الذى شكل الاستجابة المشكلة ، وعلى الرغم من ذلك فمن المهم الحصول على وصف لكل الاحداث المصاحبة لبدء ظهور المشكلة . ويحاول المعالج بعدئذ تحديد كل من الأحداث البيئية والسلوكية بالنسبة لكل حلقة تالية فى السلسلة . ويتعين على المعالج هنا أن يلعب دور الملاحظ الشغوف ، وأن يفكر فى أصغر الأجزاء السلوكية . ويقوم المعالج بسؤال العميل : « ما الذى حدث بعد ذلك؟» أو كيف انتقلت من هذا إلى ذلك ؟ » ، وعلى الرغم من أن مثل هذه الحلقات فى سلسلة التحليل قد تكون شديدة الوضوح من وجهة نظر العميل ، إلا أنه يتعين على المعالج أن يكون حريصًا للغاية مع عدم القيام بوضع فروض . مثال ذلك العميلة التى سبق أن حاولت الانتحار من قبل، والتى ذكرت أنها قررت قتل نفسها لأن حياتها كانت مؤلمة للغاية بحيث أصبحت لا تستطيع مواصلة الحياة أكثر من ذلك . ويعد هذا التفسير من وجهة نظر العميلة ملائماً لمحاولتها الانتحار، إلا أن قضاء الشخص على حياته لأنها أصبحت مؤلمة لا يعد على الرغم من ذلك إلا حلا واحدا ؛ فقد يقرر المرء أن الحياة مؤلمة للغاية ويقرر عندئذ أن يغير حياته،

وقد يعتقد المرء أن الموت أكثر إيلاماً من الحياة ، ويقرر أن يتقبل الحياة رغم الألم. وفى مثل هذه الحالة ، فإن الاستجواب الجيد يكشف أن العميلة افترضت فى الواقع أنها ستكون أسعد بموتها منها بحياتها ، وتحدى مثل هذه الفروض يصبح هو المفتاح الذى ينتهى عنده اصرارها على محاولة الانتحار .

ومن المهم بالقدر نفسه الإشارة بدقة إلى المترتبات ، التى تحافظ على استمرار الاستجابة المشكلة . وبالمثل يستطيع المعالج البحث عن المترتبات التى تضعف السلوك المشكل ، وعلى المعالج أن يفحص كلاً من المترتبات البيئية والسلوكية كما يفعل بالنسبة للاحداث السابقة ، وعليه أن يحصل على وصف تفصيلى للانفعالات ، والإحساسات البدنية ، والافعال ، والافكار ، والفروض، وتوفير المعلومات الأولية حول التعلم ومبادئ التدعيم من الامور الجوهرية .

الخطوة الاخيرة فى التحليل السلوكى هى وضع واختبار الفروض حول الأحداث المتعلقة بنشأة واستمرار السلوك المشكل . وترى النظرية البيولوجية الاجتماعية للعلاج الجدلى السلوكى أن هناك عدداً من العوامل ذات الأهمية الأولية . من ذلك على سبيل المثال أن العلاج الجدلى السلوكى يركز تركيزاً شديداً على الحالات الانفعالية الحادة أو المنفرة ، وتحسين الحالة الوجدانية دائماً ما يكون أمراً مشكوكاً فيه باعتباره من بين المتغيرات الدافعية الأولية فى السلوك البينى المضطرب . وترى النظرية أيضاً أنه يحتمل أن تكون بعض الأنماط السلوكية النمطية ، مثل : آفات التفكير الجدلى ، أو المهارات السلوكية مؤثرة فى إحداث الاستجابات المشكلة واستمرارها .

وما أن يتم تحديد المشكلة وتحليلها ، حتى تبدأ إجراءات حلها مصحوبة بمحاولة نشطة لإيجاد وتحديد الحلول البديلة . ويحدث فى بعض الاحيان أن تقترح الحلول خلال القيام بتحليل السلوك، وقد تكون الإشارة إلى هذه الحلول البديلة هى كل المطلوب . وقد يكون من الضرورى فى أحيان أخرى القيام بتحليل أكثر اكتمالاً للحلول . والمهمة المطلوبة هنا هى القيام ب « عصف ذهنى » (١) ، أو توليد أكبر قدر ممكن من الحلول ، ويتعين بعدئذ تقييم هذه الحلول من حيث النتائج المتعددة المتوقعة لها . والخطوة الأخيرة فى تحليل الحلول هى أختيار حل يبدو أنه سيكون فعالاً بشكل ما ، ويقود المعالج العميل من خلال التقييم إلى اختيار

(1) Brain storm

الحل السلوكى الملائم . ويفضل هنا أن يمنح المعالج اهتمامًا خاصًا للمكاسب البعيدة مقارنة بالمكاسب القصيرة الأمد . و يتعين أن تكون الحلول المختارة هى التى توفر أقصى المزايا للعميل وليس للآخرين .

إجراءات حل المشكلات

تستخدم فى العلاج الجدلى السلوكى أربعة إجراءات مختلفة لحل المشكلات، استخلصت مباشرة من تراث العلاج المعرفى والسلوكى ، الاجراءات الأربعة هى : التدريب على المهارات ، وتقدير الاحتمالات (١) ، والتعديل المعرفى(٢) ، والتعرض (٣) . وهى تمثل الأدوات الأولية للتغيير طالما أنها تؤثر فى أتجاه التغيرات التى يقوم بها العميل . وعلى الرغم من مناقشتها باعتبارها إجراءات متمايزة فى لينهان (Linehan (1993 a ، إلا أنه من غير الواضح أنه يمكن التمييز بينها فى الواقع بالنسبة لكل حالة أثناء الممارسة الإكلينيكية . وقد يكون السياق العلاجى نفسه فعالا ؛ لأنه يؤدى إلى تعليم العميل مهارات جديدة (التدريب على المهارات) ، ويوفر له مترتبات تؤثر فى تقدير احتمالات تكرار حدوث السلوك فى مرات أخرى (تقدير الاحتمالية)، وتغيير فروض العميل غير السوية وعمليات مخططات الاحداث (التعديل المعرفى) ، أو توفر تعرضًا غير تدعيمى للمؤشرات التى ارتبطت فى السياق ، ولكنها غير مهددة فى الوقت الراهن (التعرض) . وعلى العكس من الكثير من البرامج المعرفية والسلوكية التى يتضمنها التراث ، فإن هذه الإجراءات مع بعض التوقعات المذكورة فيما بعد تستخدم بصورة غير مقننة ، وتتخلل كل الحوارات العلاجية . وبالتالى فعلى الرغم من ضرورة أن يكون المعالج واعيا بالمبادئ التى تحكم تأثير كل إجراء من هذه الاجراءات ، إلا أن استخدام كل منها عادة ما يكون بمثابة استجابة فورية للأحداث ، التى تطفو فى موقف معين . وتظهر التوقعات خلال التدريب على المهارات عندما تكون مهارات التدريب هى السائدة ، وفى المرحلة التالية عند هيمنة إجراءات التعرض .

(1) Contingency procedure
(2) Cognitive modification
(3) Exposure

التدريب علي ا لمهارات

تعد كل استجابة فى مجالات التفاعلات الشخصية بمثابة مدعم محتمل، سواء كانت عقابا أو كبحا أو استبعادا للتدعيم . ويتطلب تقدير الاحتمالية من المعالجين أن ينظموا سلوكهم الشخصى ؛ بحيث يدعم أشكال السلوك التى تظهر تحسناً فى حالة العميل ، بينما تؤدى إلى إطفاء أشكال السلوك التى لا تتسم بالمهارة أو جعلها تؤدى إلى مترتبات منفرة . وأكثر الاحتمالات أهمية لدى أغلب العملاء البينيين ، هى سلوك المعالج التفاعلي مع العميل . وترتبط قوة العلاقة بين المعالج والعميل بقدرة المعالج على التأثير المباشر فى سلوك العميل، وبالتالى فإن تقدير الاحتمالية يكون أقل فائدة فى المراحل المبكرة من العلاج ، والمطلب الأولى للتحكم الفعال للاحتمالية هو عناية المعالج بسلوك العميل وتدعيمه للسلوكيات ، التى يظهر فيها تحسن فى اتجاه أهداف العلاج الجدلى السلوكى . وكذلك عناية المعالج بالقدر نفسه بعدم دعم السلوك الذى يستهدف كفه ، وقد يبدو مثل هذا الأمر واضحاً نظرياً ، إلا أنه يمكن أن يكون شديد الصعوبة أثناء الممارسة . ودائماً ما يكون السلوك المشكل للعملاء البينيين فعالاً للغاية عندما تتدعم نتائجه أو تتوقف الأحداث المؤلمة . ومن المؤكد أن السلوكيات المستهدف كفها يدعمها أخصائيو الصحة العقلية وأفراد العائلة والأصدقاء بصورة متقطعة ، وأحياناً ما يتطلب التحكم فى الاحتمالات استخدام مترتبات منفرة مشابهة ل « الحد من الجلسات » فى بعض الأساليب العلاجية الأخرى . وتوجد هنا ثلاثة مؤشرات مهمة :

الأول ، هو أنه يتعين أن يكون « العقاب بقدر الجرم » ويجب أن تكون لدى العميل طريقة ما لإنهاء أفعاله . مثال ذلك أن التحليل التفصيلى للسلوك فى العلاج الجدلى السلوكى ، الذى يلى محاولات الانتحار يعد إجراء منفرا بالنسبة لأغلب العملاء . وعلى الرغم من ذلك فما أن يتم هذا التحليل حتى تتجدد قدرة العميل على الانهماك فى الموضوعات الأخرى .

ثانيا ، من الجوهرى أن يستخدم المعالج العقاب بحرص شديد وبجرعات منخفضة وبصورة مختصرة ، وأن يتجدد المناخ التفاعلى الإيجابى بمجرد تحسن العميل .

ثالثا ، يجب أن يكون العقاب قوياً بالقدر الكافى حتى يوتى مفعوله ، وبينما يكون الحد الاقصى من العقاب هو إيقاف علاج العميل ، فإن إحدى

الاستراتيجيات التراجعية المفضلة لهذا الاجراء ، هى « منح العملاء إجازة من العلاج » ويؤخذ بهذا الأسلوب عندما تفشل كل الوسائل الأخرى ، أو عندما يكون الموقف خطيراً بالدرجة التى تكون فيها الحدود العلاجية أو الشخصية للمعالج قد انتهكت . ويقوم المعالج عند تطبيق هذه الاستراتيجية بتقديم تعريف واضح لأى أشكال السلوك ، هى التى يتعين على العميل تغييرها ، ويوضح له أنه ما أن يتم الوفاء بهذه الشروط حتى يستطيع العميل العودة إلى العلاج . ، ويواصل المعالج اتصالاته بشكل متقطع مع العميل ، سواء بالتليفون أو بالخطابات ويوفر له الإحالات والمساندة خلال الاجازة العلاجية (وبالبلدى يطرده ثم يشتاق لعودته) .

وتشكل حدود الملاحظة حالة خاصة من تدبر الاحتمالات ، تتضمن تطبيق استراتيجيات حل مشكلات سلوك العميل ، الذى يهدد أو يتجاوز الحدود الشخصية للمعالج . وتتدخل مثل هذه الأشكال السلوكية فى قدرة المعالج أو رغبته فى القيام بالعلاج ، وبالتالى تشكل نمطاً خاصاً من سلوك إعاقة العلاج . وعلى المعالجين أن يتحملوا مسئولية مراقبة حدود سلوكهم الشخصى ويتفاهموا بوضوح مع العملاء حول أى السلوكيات مسموح بها ، وأيها غير مسموح به . ويتعرض المعالجون الذين لا يفعلون ذلك إلى الفشل ، ويوقفون العلاج أو يتسببون فى أذى العميل . ويفضل فى العلاج الجدلى السلوكى حماية الحدود المتعارف عليها ، وبالتالى قد تختلف الحدود بين المعالجين ولدى المعالج الواحد من وقت لأخر ومن ظرف لأخر . ويعين أن تعبر الحدود التى يلتزم بها المعالج عن صالحه الشخصى وليس صالح العميل . ويؤدى ذلك إلى توجه العملاء للعمل لما هو فى صالحهم ، دون أن تكون لهم الكلمة النهائية حول ما هو صالح للمعالج .

التعديل المعرفي (١)

الرسالة الاساسية التى تقدم إلى العميل فى العلاج الجدلى السلوكى ، هى أن التشوهات المعرفية تميل إلى الحدوث كنتيجة مباشرة للاستثارة الانفعالية ، كما تكون أيضاً سبباً فى هذه الاستثارة فى المقام الأول . والرسالة العامة هنا هى أن كدر العميل يحدث فى أغلب الاحوال ؛ نتيجة للأحداث المتطرفة فى استثارتها للتوتر فى حياته ، أكثر من كونها ناتجة عن التشوه فى الاحداث الذى حدث بالفعل . وعلى الرغم من استخدام إجراءات إعادة التشكيل المعرفى المباشرة ،

(1) Cognitve modification

مثل تلك التى اقترحها بيك (Beck,Rush, Shaw & Emery, 1979 ; Beck et al., 1990) واليس (Ellis (1962, 1973 ، إلا أنها لا تحتل موقعًا مهيمناً فى العلاج الجدلى السلوكى . وعلى النقيض ، فإن استراتيجية ايضاح الاحتمالات هى التى تستخدم بصورة صارمة ، ملقية الضوء على العلاقات الاحتمالية العاملة هنا وهناك . ويتم التركيز على الآثار الفورية والبعيدة المدى لسلوك العميل . وكمثال هنا تكييف العميل للعلاج الجدلى السلوكى ككل وللأجزاء العلاجية الأخرى كما تطبق .

التعـــرض[1]

تستخدم إجراءات التعرض العلاجية بصورة غير رسمية ، خلال كل مراحل العلاج وبصورة رسمية خلال المرحلة الثانية ، وحيث يتم تعريض العميل بطريقة منظمة لمؤشرات الاحداث الصادمة ، ولا يمكن تجنب التعرض الفعلى للمؤشرات ، التى تستثير الانفعالات فى الواقع أثناء العلاج النفسى . وتبذل الجهود فى العلاج الجدلى السلوكى لتوفير تعرض مقنن للمؤشرات التى تستثير الانفعالات المشكلة بهدف تيسير الوصول إلى تحكم انفعالى فعال . وقد طور الباحثون(أنظر Foa and Kozak, 1986; Foa, Steketee & Grayson, 1983) أربعة مبادئ مهمة للتعرض : الأول ، لأن السياق يعد جوهرياً ، فمن المهم أن يحاكى موقف التعرض الموقف المشكل . و الثانى ، يتعين تنظيم المواقف التى تستثير الانفعالات غير التوافقية بحيث يتلقى العميل معلومات تصحيحية حولها ، أى إنه يتعين عدم تدعيم الاستجابات المطلوب خفضها . وليس فى مقدور العملاء الذين لا يكشفون عن المعلومات دون خوف من الاستهجان العلاجى الاستفادة من أى معالج مفرط النقد . ثالثًا ، يتعين على العميل والمعالج وقف التصرفات الانفعالية أو الميول التعبيرية والهرب من الاستجابات المتعلقة بالانفعال المشكل . والجهد المشترك ضرورى هنا . الخطوة الرابعة الجوهرية فى إجراءات التعرض هى تعليم العملاء كيفية التحكم فى الاحداث . ومن الجوهرى أن يتوفر للعملاء بعض الوسائل لتقنين التعرض أو إنهائه عندما تكون الانفعالات غير محتملة .. ويجب أن يتعاون المعالج والعميل على تطوير أساليب إيجابية وتوافقية لإنهاء العميل للتعرض بشكل إرادى ، ويفضل أن يحدث ذلك بعد التمكن من تحقيق بعض الخفض فى الانفعالات المشكلة .

(1) Exposure

الاستراتيجيات التنميطية [١]

ويوازن العلاج الجدلى السلوكى بين نمطين للتواصل شديدى التباين : الأول ، هو التواصل المتبادل [٢] وهو مشابه لنمط التواصل المستخدم فى العلاج المتمركز حو ل العميل ، والثانى هو التواصل الخشن [٣] وهو مشابه للنمط الذى قدمه ويتاكر (Whitaker, 1975) فى كتاباته حول العلاج الاستراتيجى [٤] . وتصمم استراتيجيات التواصل المتبادل بهدف خفض قوة التفاضل المدرك[٥] من خلال جعل المعالج أكثر عرضة لنقد العميل . وهى تخدم – بالإضافة إلى ذلك – بوصفها نموذجاً للتفاعل الملائم والمتكافئ فى إطار علاقة تفاعلية مهمة . وعادة ما يتضمن التواصل الخشن مخاطرة بأكثر مما يتضمنه التواصل المتبادل . إلا أنه ييسر على الرغم من ذلك من حل المشكلات ، أو يؤدى إلى تقدم العلاج بعد أن يتوازن النوعان من التواصل معًا، ويتداخلا فى نسيج نمطى واحد ، ودون مثل هذا التوازن لا تعبر أى من الاستراتيجيتين عن العلاج الجدلى السلوكى .

التوا صل المتبادل

يعد كل من الشعور بالمسئولية والصراحة والصدق من الخطوط الأساسية الهادية فى التواصل المتبادل . ويتطلب الشعور بالمسئولية أن يتعامل المعالج مع جدول أعمال العميل ورغباته بجدية ، وهو نمط عاطفى ودود يعكس دفء وقوة التفاعل العلاجى . ويشجع فى هذا النوع من التواصل كل من الصراحة والانشغال الشخصى بالعميل وصالحه ، ومن الأمور الدائمة الحدوث فيه التزام الصراحة الفورية ، وتقديم الانطباعات الشخصية للعميل . مثال ذلك أن يقول المعالج للعميل الذى يشكو من بروده معه : « عندما تطلب منى أن أكون ودوداً، فإن ذلك يبعدنى عنك أكثر ، ويجعل من الصعب علىّ أن أكون ودوداً» . وبالمثل عندما يتكرر فشل العميل فى استيفاء بطاقات اليوميات ، بينما يطالب فى الوقت نفسيه بمساعدته ، يستجيب المعالج قائلاً : إنك مستمر فى طلب المساعدة منى ، ولكنك لا ترغب القيام بالأشياء التى أعتقد أنها ضرورية لمساعدتك ، أنا أشعر بالإحباط لأننى

---

(1) Stylistic strategies
(2) Reciprocal communication
(3) Irreverent communication
(4) Strategic therapy
(5) Perceived power differential

أرغب فى مساعدتك ، ولكنى أشعر أنك لا تريد تمكينى من ذلك » وتخدم مثل هذه العبارات كلاً من التحقق والتحدى، وهما مثالان لكل من تقدير الاحتمالات لأن العميل يفسر عبارات المعالج بأعتبارها إما مشجعة أومعاقبة ، ولتوضيح الاحتمالات لأن العميل يتجه نحو المترتبات المتعلقة بتفاعلاته الشخصية ، وتستخدم الصراحة عند تقديم المعلومات الشخصية أو المهنية بهدف التحقق من الاستجابات المعيارية والتعامل معها .

التوا صل الخشن

يستخدم التواصل الخشن لدفع العميل « لفقد توازنه » ولجذب انتباهه ، ولتقديم وجهة نظر بديلة ، أو الانتقال إلى استجابة فعالة . وهى استراتيجية مفيدة للغاية ، عندما لا يكون العميل نشطاً أو عندما يعلق المعالج والعميل معًا . ولهذه الاستراتيجية مذاق غير معتاد ، وهى تستخدم منطقا بهدف حصار المريض فى خيوط عنكبوتية لا فكاك منها . وعلى الرغم من أنها تؤدى إلى استجابة العميل ، إلا أن التواصل الخشن دائماً أبداً ما لا يكون الاستجابة التى يتوقعها العميل . ويلقى المعالج الضوء على بعض الجوانب غير المقصودة خلال تواصل العميل أو « يعيد صياغتها » بطريقة غير تقليدية . مثال ذلك إذا قال العميل : « سأقتل نفسى » فعلى المعالج أن يقول : « اعتقد أنك موافق على عدم ترك العلاج » ويتسم التواصل الخشن بحقيقة أنه دائمًا ما يكون نمطاً يخلو من التعبيرية ، ويناقض بشكل حاد الاستجابة الدافئة فى التواصل المتبادل .

ومن خصائص هذا النمط أيضًا الفكاهة ، والسذاجة والبراءة . كما يمكن لأساليب المواجهة أيضا أن تكون نوعًا من التواصل الخشن ، وكذلك التعبير عن عدم تصديق الاستجابات التى لاتكون هى الاستجابات التوافقية المستهدفة .. مثال ذلك أنه يتعين على المعالج أن يقول : « هل فقدت عقلك ؟ » أو « هل خطر على بالك لحظة أننى يمكن أن اصدق أن هذه فكرة جيدة ؟ » والمعالج الخشن يمكنه أن يتبين خداع العميل ، فبالنسبة للعميل الذى يقول : « سأترك العلاج » على المعالج أن يجيب : « هل ترى أن أحولك لشخص آخر ؟ » والخدعة هنا هى أن يتزامن خداعك مع خداعه مع احتياط آمن ؛ إذ من المهم أن تترك مخرجا للعميل .

أستراتيجية التعامل مع الحالة

عندما توجد مشكلات فى بيئة العميل تتدخل فى أدائه أو تحسنه ، فعلى المعالج أن يتجه نحو استراتيجيات التعامل مع الحالة . وعلى الرغم من أن هذه الاستراتيجيات ليست جديدة . إلا انها تتجه بالتطبيق المباشر للأسترتيجيات الأساسية نحو التعامل مع مشكلات الحالة . وهناك ثلاث مجموعات من الاستراتيجيات : استراتيجية الاستشارة ، والتدخل البيئى ، واجتماعات الفريق للتشاور والإشراف .

أستراتيجية الاستشارة

تبدو استراتيجية الاستشارة نظريا بسيطة بصورة مخادعة ، ولكنها شديدة الصعوبة فى الممارسة . وتتطلب هذه الاستراتيجية أساسًا من المعالج أن يكون مستشاراً للعميل وليس مستشاراً لشبكة علاقاته . والتطبيق السائد لها هو الآتى بصفة عامة ، ألا يتدخل المعالجون الجدليون لتعديل البيئة لصالح العميل، ولا يقومون أيضاً بالتشاور مع بقية المهنيين حول كيفية التعامل مع العميل ، مالم يكن ذلك فى وجود العميل . ووفقًا لهذه الفلسفة ، فإن العميل وليس المعالج هو الوسيط بين المعالج وبقية المهنيين . ومهمة المعالج هى التشاور مع العميل حول كيفية تفاعله بفعالية مع بيئته ، بدلاً من التشاور مع البيئة حول كيفية تفاعلها مع العميل .واستراتيجية التشاور هى استراتيجية التعامل المفضلة مع الحالة ، وربما تكون أكثر الجوانب الأصيلة فى العلاج الجدلى السلوكى . وقد اختيرت أستراتيجية التشاور وفى الذهن ثلاثة أهداف : الأول أنه يتعين على العملاء تعلم كيف يدبرون حياتهم الخاصة ، ويعتنون بأنفسهم من خلال التفاعل الفعال مع الأفراد الآخرين فى البيئة بما فى ذلك مسئولى الرعاية الصحية . وتؤمن استراتيجية التشاور بقدرة العملاء ، وتستهدف توجيه قدراتهم إلى العناية بأنفسهم .الثانى ، صممت أستراتيجية التشاور لخفض لحظات « الأنقسام » بين المعالجين فى العلاج الجدلى السلوكى والأفراد الآخرين المتعاملين مع العميل . ويحدث الإنقسام عندما يكون لدى الأفراد الآخرين فى شبكة العمل مع الشخص آراء مختلفة حول طريقة معاملته . ومن خلال التمسك بدور التشاور مع العميل ، يظل المعالج خارج هذا الجدل . وأخيراً ، تشجع استراتيجية التشاور مع العميل على احترام العملاء ، من خلال توجيه رسالة ضمنية لهم أنهم اشخاص موثوق فيهم وقادرون على القيام بالتدخلات المختلفة بالأصالة عن أنفسهم .

ويتبادل أخصائيو الرعاية الصحية – بصورة تقليدية – المعلومات المفيدة مع المهنى الذى يقوم فى الوقت نفسه بعلاج العميل بصورة منتظمة . وبالتالى فإن الاستخدام الروتينى لاستراتيجية التشاور سيتطلب فى المعتاد انتباهاً لتوجهات المهنيين فى البيئة الشخصية لهذه الاستراتيجية . وعلى الرغم من أن التشاور مع المهنيين يشجع ، وليس العكس ، مطلب أن يكون العميل متواجداً (ومن الأفضل أن يكون هو الذى يرتبه) ، فإن الامر دائماً ما يكون مختلفًا ويتطلب انفاق كثير من الوقت . وعلى الرغم من ذلك تبين خبرتنا أنه ما أن يتنبه المجتمع الخارجى لهذه الاستراتيجية ، حتى تعمل بشكل جيد وتوفر الوقت بالفعل على المدى البعيد.

التدخل البيئي

كما سبق أن أوضحنا ، فإن العلاج الجدلى السلوكى ينزع لتعليم العملاء كيف يتفاعلون بكفاءة فى بيئاتهم ، وعلى هذا فإن استراتيجية التشاور هى الاستراتيجية المهيمنة فى تدبر الحالة وهى تستخدم كلما كان ذلك ممكناً ، وعلى الرغم من ذلك ، فهناك بعض الأوقات تكون هناك حاجة خلالها لتدخل المعالج . وبصفة عامة ، فإن استراتيجية التدخل البيئى تستخدم بالاضافة إلى استراتيجية التشاور مع العميل ، عندما يوجد احتمال لحدوث ضرر يصيب العميل إذا لم يتدخل المعالج . والقاعدة العامة فى التدخل البيئى هى أن يتدخل المعالج ، عندما يكون من غير الممكن حصول العميل على القدرة التى يفتقدها للتعلم ، أو من غير المبرر أو الضرورى حصوله عليها .

أجتماعات التشاور والإشراف

التشاور مع المعالجين والإشراف عليهم جزء متكامل ، وليس إضافيًا فى العلاج الجدلى السلوكى . وتتوازن استراتيجية الاستشارة بين المعالجين مع استراتيجية العلاج من خلال الاستشارة بين المعالج والعميل التى سبق مناقشتها ويعرف العلاج الجدلى السلوكى من هذا المنظور باعتبارة نظاماً علاجياً :

(١) يطبق فيه المعالج العلاج الجدلى السلوكى على العملاء .

(٢) يقوم فريق الاستشاريين أو المشرف بتطبيق العلاج الجدلى السلوكى على المعالجين ، ويوفر فريق الاستشاريين أو المشرف للمعالجين توازناً جيداً فى تفاعلهم مع العملاء .

وهناك ثلاث وظائف أولية للأستشارة المقدمة للمعالج فى العلاج الجدلى السلوكى : الأولى أن المشرف أو فريق الاستشاريين يساعد على استمرار كل معالج فى العلاقة العلاجية . ودورهم هنا هو تشجيع ومساندة المعالج . ثانيًا ، يوازن المشرف أو فريق الاستشاريين المعالج فى تفاعله مع العميل . ولإحداث هذا التوازن قد يتحرك المستشارين قرب المعالج ، ويقومون بمساعدته للحفاظ على موقفه القوى .

وقد يتحرك مستشارونا بعيداً عن المعالجين ، طالبين منهم الاقتراب أكثر من العميل للحفاظ على التوازن . ثالثاً ، فى إطار التطبيق المبرمج للعلاج الجدلى السلوكى ، يقدم الفريق سياق العلاج . ويعد العلاج الجدلى السلوكى فى أنقى معانيه علاقة تبادلية بين مجتمع البينيين ومجتمع المتخصصين فى الرعاية الصحية .

دراسة حالة

خلفية

كان عمر « سيندى » Cindy عند الإحالة ٣٠ عاماً ، وهى أمرأة بيضاء متزوجة وليس لديها أبناء ، وتعيش مع زوجها فى منطقة حضرية ، تقظنها الطبقة المتوسطة ، وهى حاصلة على تعليم جامعى ، أنهت بنجاح عامين فى كلية الطب. وقد أحيلت سندى للمؤلفة الاولى (م.م.ل) من خلال طبيبها النفسى ، الذى عالجها على مدى عام ونصف والذى لم يكن فى مقدوره تزويدها بأكثر من بعض العقاقير بعد خروجها من المستشفى ، إثر محاولة انتحار مميته . وقد دخلت سندى المستشفى ١٠ مرات على الأقل (وبقيت بالمستشفى فى أحدى هذه المرات ستة أشهر) خلال العاملين السابقين على إحالتها ، وذلك للحصول على علاج طبى نفسى من أفكارها الانتحارية ، وقد أنخرطت فى أشكال متعددة من السلوك الانتحارى من بينها على الاقل ١٠ محاولات لشرب الكلور، ومرات متعددة من الجروح والحروق ، وثلاث نوبات طبية مميتة ، كانت إحداها محاولة انتحار . وقد استوفت سندى عند إحالتها محكات اضطراب الشخصية البينية فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للأمراض العقلية (DSM - III; APA, 1987) ، وكذلك المحكات الواردة فى جيندرسون (Gunderson (1984 كما كانت تتعاطى أيضاً أنواعاً متعددة من العقاقير النفسية .

وكـانت سندى قـادرة على السلوك بطريقـة جـيدة حـتى بلغت السـابعـة والعشرين من عمرها سواء فى عملها أو فى دراستها . وعندما كانت فى السنة الثانية فى كلية الطب ، حاولت إحدى زميلاتها فى الفصل ممن تربطها بها علاقة سطحية الانتحار . وقد ذكرت سندى أنها عندما سمعت عن الانتحار ، قررت هى الاخرى أن تقتل نفسها . غير أن استبصارها كان ضعيفاً حول الموقف الحقيقى الذى استثار رغبتها فى قتل نفسها ، وخلال عدة أسابيع تالية تركت كلية الطب ، وأصبحت مكتئبه بصورة حادة ونشطة انتحاريا . وقد كشفت أسئلة إضافية عن تاريخ لإصابتها بالشره العصبى ، وفقدان الشهية العصبى ، وسوء استخدام للكحول وللوصفات الطبية بدءاً من عمر ١٤ عاماً والواقع أن سندى التقت بزوجها فى أحد اجتماعات الكحوليين المجهلين (١) خلال حضورهما له . وعلى الرغم من ذلك وحتى واقعة انتحار الطالبة فى كلية الطب ، كانت سندى محافظة بنجاح على مظهر عام للكفاءة النسبية .

العلاج

جـاءت سندى إلى المقـابلة الأولى فى صـحـبـة زوجـهـا ، الذى قـرر أنه وعائلتها يعتقدون أن وجود سندى خارج المستشفى مميت للغاية ، وبالتالى فقد فكروا بشكل جاد فى إمكانية حصولها على رعاية طويلة المدى داخل المستشفى . وعلى الرغم من ذلك ، فقد قررت سندى أنها تفضل بقوة علاجاً دون إقامة فى المستشفى . وعلى الرغم من عدم إبداء أى معالج غير المؤلفة الأولى (م.م.ل) رغبة فى علاجها خارج المستشفى ، وافقت المعالجة على قبول سندى فى العلاج ، بناء على أن العميلة قررت التزامها بالعمل على تغيير سلوكها والبقاء فى العلاج لمدة عام على الأقل (وقد أشير من قبل إلى ذلك مراراً على أنه يعنى أيضًا أن العملية قد وافقت على عدم الانتحار) . بالتالى بدأت المعالجة الخطوة الجوهرية الأولى بأن أقامت تحالفاً علاجياً قويا معها من خلال موافقتهاعلى قبول العميلة ، على الرغم من حقيقة أن أحداً آخر لم يرغب فى قبولها . وعلى الرغم من ذلك ، أشارت المعالجة إلى أن القبول فى العلاج من الأمور المكلفة ، وبهذه الطريقة ربطت المعالجة بين قبول العميلة على ما هى عليه فى تلك اللحظة ، بينما أوضحت فى الوقت نفسه أن التزام العميلة بالتغيير هو أساس التحالف العلاجى .

---

(1) Alcoholics Anonymous (AA)

وقد ذكرت سندى فى الجلسة العلاجية الرابعة شعورها أنها لا تستطيع الاستمرار فى حياتها أكثر من ذلك . وعند تذكيرها بالتزامها السابق بالإبقاء على حياتها لمدة عام ، أجابت سندى أن الأمور تغيرت ، وأنها لا تستطيع التحكم فى الأمر . وظلت بعد هذه الجلسة وفى كل جلسة تقريبًا على مدى الشهور الستة التالية ، تثير موضوع ماإذا كانت تستطيع البقاء على قيد الحياة بدلاً من الانتحار (وكيف تفعل ذلك) . وقد بدات سندى فى الحضور إلى الجلسات مرتدية نظارة شمسية عاكسة ، وترتمى فى مقعدها بمجرد دخولها أو تطلب الجلوس على الأرض .. ودائماً ما كانت أسئلة المعالجة تقابل بتعليق محدود أو بفترة طويلة من الصمت، واستجابة لمحاولات المعالجة مناقشة السلوك شبة الانتحارى السابق ، كانت سندى تغضب وتنسحب (مبطئة بشدة من سرعة العلاج) . كما أظهرت العميلة أيضاً ردود أفعال غير مترابطة ، دائماً ماكانت تظهر خلال جلسات العلاج . وكان يبدو أن سندى غير قادرة على التركيز أو سماع الكثير مما يقال خلال ردود فعلها هذه . وعندما سألتها المعالجة ، وصفت سندى خبرتها على أنها تشعر « بخواء » وبعد . وقد ذكرت العميلة أنها اصبحت غير قادرة على الانخراط فى الكثير من الأنشطة، مثل : قيادة السيارة أو العمل أو حضور دروسها فى الكلية . وقدمت سندى نفسها بالإضافة إلى ذلك على انها بلا كفاءة فى كل المجالات . وقد ساعد استخدام بطاقات اليوميات التى تسجل فيها سندى أسبوعيا (أو التى تسجلها قبل بدء الجلسة مباشرة ، إذا كانت قد نسيت) المعالجة على الملاحظة الدقيقة لخبرات سندى شبه الانتحارية وأفكارها الانتحارية وبؤسها ، وإلحاح إيذائها لذاتها بالإضافة إلى التصرفات شبة الانتحارية . وقد اصبح التحليل السلوكى الذى جرى لمحاولة تحديد مجرى الاحداث التى تقود سندى وتترتب على الفور على سلوكها شبه الانتحارى محورا مهما فى العلاج . وتبين للمعالجة أن السلوك الانتحارى متوقع فى ضوء قوته (وإن كان التغلب عليه ممكن بالقطع) ، وكانت تشيرلها مراراً أنها إذا انتحرت فسينتهى العلاج ، ولهذا فمن الأفضل العمل بجهد حقيقى الآن بينما مازالت على قيد الحياة .

وعلى مدى شهور من العلاج ، تمكن التحليل السلوكى من تحديد نمط سلوكى متكرر يلى محاولات الانتحار . وبالنسبة لسندى دائمًا ما كانت سلسلة الأحداث تبدأ مع مواجهة تفاعلية ، دائمًا ما تكون بينها وبين زوجها والتى تبلغ ذروتها بشعورها بالتحدى ، وأنها موضع نقد أو غير محبوبة . ودائماً ما كانت هذه

المشاعر متبوعة بإلحاح إما تشويه نفسها أو قتل نفسها اعتماداً على مستويات اليأس المصاحبة والغضب والحزن . ودائماً ما كان قرارها تشويه نفسها أو محاولة الانتحار مصحوباً بفكرة « سأجعلك ترى » . وأحياناً ما كان يبدو أن اليأس والرغبة في الألم مسيطرين . يلي هذا القرار الواعي بتشويه الذات أو محاولة الانتحار أن تصبح سندى مفككة الأفكار ،ثم تجرح أو تحرق نفسها فى لحظات أخرى ، وتكون فى حالة كما لو كان سلوكها يعمل بصورة آلية .، ودائماً ماكانت سندى تعانى من صعوبة فى تذكر خصائص أو تفاصيل سلوكها الفعلى .

وقامت سندى فى إحدى المرات بحرق ساقها حرقا بليغا (ثم قامت بحقنه بمواد غير نظيفة لإقناع الطبيب بمنحها المزيد من الاهتمام) ؛ مما تطلب خضوعها لجراحة تعويضية . وكشف التحليل السلوكى أيضًا عن أن فقدان الترابط بين الأفكار خلال الجلسات دائمًا مايحدث تاليا لإدراك سندى أن المعالجة لا توافقها أو لا تصدقها ، عندما تذكر لها المعالجة على وجه الخصوص ، أن التغيير ممكن ، وعندما كان هذا التفكك يظهر خلال الجلسة كانت المعالجة تشير إليه على الفور منبهة إلى حدوثه .

وبعد عدة شهور فى العلاج ، أدى ظهور نمط من السلوك الانتحارى الواضح لديها إلى ضرورة إدخالها المستشفى . وقد ذكرت العميلة أفكاراً انتحارية كثيفة ، وعبرت عن شكوكها فى قدرتها على مقاومة إلحاح قتل نفسها ، وطلبت إدخالها المستشفى المفضلة لديها . وإلا فإنها ستقوم بجرح نفسها أو إحراق نفسها بصورة خطيرة دون إنذار ، ثم تطلب دخول المستشفى للحصول على علاج طبى . وكانت محاولات إقناع سندى بالبقاء خارج المستشفى أو الخروج منها قبل أن تكون مستعدة لذلك تؤدى عادة إلى تصعيد انتحاريتها ، يليها إصرار معالجها الطبى (طبيب نفسى) على إدخالها المستشفى أو موافقة المستشفى على استمرار بقائها . وقد أدت ملاحظة أنماط سلوكها إلى افتراض المعالجة أن بقاءها فى المستشفى هو فى حد ذاته تدعيم لسلوكها الانتحارى ، وبالتالى بذلت جهداً لتغيير مصاحبات السلوك الانتحارى . وباستخدام الجدل واستراتيجية توضيح الاحتمالات، حاولت المعالجة مساعدة سندى على فهم كيف أن الإقامة فى المستشفى يمكن أن تقوى السلوك الذى تعمل على وجه التحديد على إلغائه.

وقد أصبحت هذه القضية محوراً للاختلاف مع العميلة فى العلاج ، والتى اعتبرت موقف المعالجة غير متعاطف وغير متفهم لخبرتها . ومن وجهة نظر

سندى ، فإن شدة انفعالها بالألم كانت هى التى ترفع من احتمالية انتحارها إلى أبعد مدى ؛ بحيث أن وجودها فى المستشفى يصبح ضرورياً لسلامتها . وتدعم سندى موقفها من خلال الإشارة المتكررة لصعوباتها المتعلقة بعدم ترابط ردود أفعالها ، والتى ذكرت أنها منفرة بصورة متطرفة ، والتى تجعلها من وجهة نظرها غير قادرة على التصرف فى كثير من الأوقات . وكان الأذى البعيد المدى للانتحار أكبر من الأذى قصير المدى للانتحار ، إذا قل بقاؤها فى المستشفى من منظور المعالجة .

وقد أدى هذا الاختلاف فى وجهات النظر إلى خلافات فى جلسات العلاج. وأصبح من الواضح تدريجياً أن العميلة تنظر إلى أى تفسير لسلوكها ؛ باعتباره متأثراً بالتدعيمات بمثابة هجوم مباشر عليها ، يدل على ذلك أنه إذا كان وجودها فى المستشفى هو الذى يدعم سلوكها الانتحارى ، فعلى المعالجة أن تؤمن أنها انتحارية بصورة دائمة لكى تبقى فى المستشفى . ومن الواضح أن الأمرلم يكن كذلك (فى بعض الأحيان على الأقل) ، غير أن كل محاولات تفسير نظرية التدعيم بأية صياغات أخرى فشلت معها . وهنا قامت المعالجة بثلاثة أشياء : الأول كررت تحققها من خبرة العميلة حول الألم غير المحتمل غالبا . ثانياً كانت محددة فى تكرار إشارتها إلى عدم ترابط أفكار العميلة . مفسرة ذلك لها على أنه ردود فعل آلية للانفعالات الحادة المؤلمة (أو تهديدات هذه الألام) . ثالثا كررت الإشارة إلى جودة العلاقة بينها وبين العميلة بهدف تقوية هذه العلاقة وتمكين العميلة من مواصلة العلاج ، على الرغم من أنه كان مصدراً ؛ لمزيد من الانفعالات المؤلمة .

وعند الشهرالخامس ، أصبحت المعالجة مشغولة بأن النظام العلاجى القائم يودى إلى مترتبات غير المقصودة منه ، وهو قتل العميلة (بالانتحار) وعند هذه النقطة أعيقت حدود المعالجة فى تقديمها لعلاج فعال . وبالتالى قررت اللجوء إلى استراتيجية التشاور لعرض مشكلة وجود سندى فى المستشفى . وكانت الاستراتيجية الأولى المختارة هى جعل سندى تناقش خطة علاجية جديدة مع المستشفى المفضل لديها والطبيب النفسى ، الذى يقوم بإدخالها المستشفى . وعلى الرغم من ذلك رفضت سندى القيام بذلك ؛ بسبب رفضها الموافقة على الفكرة الجيدة المتعلقة بتغيير استمرار دخولها المستشفى كمريضة داخلية . وتمكنت المعالجة من جعلها توافق على اجتماع تشاور مع كل المشاركين فى علاجها ،

ومع بعض الإصرار ، تمكنت المعالجة من جعل سندى تجرى كل الاتصالات للإعداد للاجتماع (الذى دعى إليه أيضًا مراقب التأمين الذى كان ينسق مدفوعاتها للعلاج) .

وعرضت المعالجة فى اجتماع دراسة الحالة فروضها حول أن الإقامة المتكررة فى المستشفى تدعم سلوك سندى الانتحارى ، كما قامت بمساعدة سندى كذلك على تقديم وجهة نظرها حول أن المعالجة مخطئة . وباستخدام التواصل المتبادل وتقدير الاحتمالات ، ذكرت المعالجة أنها لا تستطيع ببساطة القيام بالعلاج ، الذى تعتقد أنه يمكن أن يؤدى إلى موت العميلة (موضحة أن ما تفكر فيه هو الأفضل ، وأنها حتى لو كانت مخطئة فإن قيامها بعمل لا تقتنع به سيكون مخالفًا للمعايير الأخلاقية) . وطلبت المعالجة الموافقة على نظام جديد للاحتمالات ، يصمم لفصم العلاقة الوظيفية بين السلوك الانتحارى والبقاء فى المستشفى . وطورت بناء على ذلك خطة ، تقوم على أن يكون مطلوباً من العميلة ألا تكون انتحارية لكى تستطيع دخول المستشفى ، وفى ضوء مجموعة من الاحتمالات ، تستطيع سندى أن تختار بإرادتها دخول المستشفى لمدة ثلاثة أيام يتم بعدها إخراجها فى أى وقت . وإذا أقنعت الناس أنها فى حالة انتحارية شديدة بحيث لا يمكن خروجها ، فيتعين تحويلها إلى أقل مستشفى تفضل دخولها لمجرد المحافظة على سلامتها . ولن يكون السلوك شبه الانتحارى مبرراً لدخول المستشفى ، باستثناء دخولها لأسباب طبية إذا تطلب الامر . وعلى الرغم من وجود قدر من عدم الموافقة على العلاقة الوظيفية بين السلوك الانتحارى ودخول المستشفى ، فقد تمت الموافقة على هذا النظام .

تلى هذا الاجتماع أن أعلن زوج سندى أنه أصبح غير قادر على العيش مع زوجته أو تقبل سلوكها الانتحارى ، وأن التهديد المستمر بعثوره عليها ميتة هوالذى أدى به إلى قراره بالسعى إلى الطلاق . عندئذ تحول محور العلاج إلى مساعدة سندى فى أحزانها الناتجة عن هذا الحدث ، وإيجاد ترتيبات معيشية ملائمة لها . وقد تراوحت مشاعر سيندى بين الغضب من زوجها الذى هجرها فى الوقت الذى تحتاج اليه فيه (أو فى مرضها حسب تعبيرها) ، وبين اليأس من أنها لن تستطيع التغلب على الموقف بمفردها . وقد قررت ، أن تنفيسها عن مشاعرها ، هوالعلاج الوحيد المفيد . وقد أدى ذلك إلى جلسات متعددة ، انخرطت فيها فى البكاء ، مع تزامن قيام المعالجة بالتحقق من ألمها والتركيز على معاناة

الانفعال اللحظى دون زيادة حدته أوقمعه ، وتشجيع قدرة العميلة على التحكم دون الحاجة للعودة إلى المستشفى . ونتيجة للمستوى المرتفع من اضطراب حالة سندى، قررت كل من سندى والمعالجة أنه يجب دخولها مصح علاجى لفترة ثلاثة أشهر، وتم فى نهاية هذه الفترة ترتيب عودة سندى إلى منزلها مع زميلة تشاركها السكن.

وقد استخدم على امتداد فترة العلاج عدد من الاستراتيجيات العلاجية لعلاج محاولات الانتحار وسلوك التدخل فى العلاج . وساعد القيام بتحليل متعمق للسلسلة السلوكية والحلول ، المعالجة (وأحياناً العميلة) على الاستبصار بالعوامل المؤثرة فى السلوك الانتحارى القائم ، وبالنسبة لسندى ، وهوالأمر الصحيح بالنسبة لأغلب العملاء الآخرين ، يعد هذا التحليل شديد الصعوبة ، وحيث دائماً ما تؤدى عمليات التحليل إلى مشاعر خزى عميقة ، ومشاعر ذنب وغضب . ولهذا فإن التحليل السلوكى يخدم بوصفه استراتيجية تعرض ، يتم فيه مواجهة العميل لملاحظة مشاعره المؤلمة ومعاناتها ، كما يخدم بالإضافة إلى ذلك بمثابة استراتيجية معرفية تساعد على تغيير توقعات سندى حول مزايا وعيوب السلوك الانتحارى ، مع تكرار المعالجة على وجه الخصوص لعبارات ، مثل : « ماذا تعتقدين ما ستكون عليه مشاعرك أذا غضبت عليك ثم هددتك بالانتحار إذا لم تتغيرى ؟ » وأخيراً فإن التحليل السلوكى يخدم باعتباه تقديراً للاحتمالات ؛ حيث تكون قدرة العميل على تناول موضوعات الاهتمام فى الجلسات العلاجية أكثر ترجيحاً ، بناء على النجاح المحقق فى تحليل السلاسل والحلول .

وقد أظهرت سندى فى فترة مبكرة من العلاج أن لديها إدراكات بصورة مفرطة لاحتياجاتها ورغباتها مصحوبة برغبة فى الانخراط فى سلوك شبه انتحارى مميت . وكما سبق الإشارة فإن كثيراً من هذه التصرفات كان محاولات خطيرة لإنهاء حياتها ، بينما عمل البعض الآخر منها بهدف جذب انتباه ورعاية الأشخاص المهمين لديها . كما أظهرت هذه العميلة أيضا حساسية مفرطة لأية محاولات واضحة لإجراءات التغيير ، والتى كانت تفسر عادة ، على أنها تتضمن رسالة للعميلة فحواها عدم كفاءتها وانعدام قيمتها . وعلى الرغم من تعهدها بالمشاركة فى مجموعة تدريب أسبوعية على المهارات خلال العام الأخير من العلاج ، إلا أن حضور سندى لاجتماعات المجموعة كان متقطعاً ، وكانت تميل بصفة عامة إما إلى الغياب عن الاجتماعات تماما (ليس لأكثر من ثلاثة

اجتماعات متتالية) ، أو تتركها منصرفة خلال فترة الراحة .

وقد قوبلت محاولات المعالجة مناقشة هذه القضية مع العميلة بتعليلها أنها لا تستطيع القيادة أثناء الليل نتيجة للعشى الليلى . وعلى الرغم من أن هذا يعد سلوك تدخل فى العلاج ، ودائمًا ماكان يشار إليه خلال العلاج ، إلا أنه لم يتم جعل الغياب عن مجموعة التدريب على المهارات محورا رئيسياً للعلاج ، نتيجة لوجود أولوية أكبر لسلوك العميلة الانتحارى . وكانت محاولات المعالجة لإشراك العميلة فى برنامج نشط لاكتساب المهارات ، خلال جلسات العلاج الفردى محدودة ، ودائماً ما كان يتلوها التزام لفظى بحل المشكلات . وكانت الاستراتيجية النمطية للتواصل الخشن مفيدة للعملية العلاجية ، فدائماً ما كانت خشونة المعالجة التى تستخدم « لصدم » العميلة تؤدى إلى فقدانها لتفكيرها الثنائى ومعارفها غير التوافقية . وكانت النتيجة رغبة متزايدة فى التوصل إلى حلول سلوكية جديدة ومتوافقة . وأخيراً ، فقد استخدمت العلاقة بصورة مكثفة بوصفها أداة لتقوية التحالف العلاجى ، ولجعلها غير متوافقة مع الانتحار أو السلوك غير المتوافق أو السلوك المفكك أو كليهما . وتضمن ذلك مكالمات تليفونية تقوم بها المعالجة بين الجلسات لتعرف أحوال سندى ، ولإعطائها أرقام تليفوناتها للاتصال بها أثناء سفرها ، وإرسال بطاقات بريدية للعميلة عندما تكون المعالجة خارج المدينة .

وقد استمرت سندى فى العلاج . وبعد ١٢ شهراً تقلص سلوكها شبه الانتحارى ، وكذلك محاولات انتحارها ، وانخفضت – بالإضافة إلى ذلك – فترة إقامتها فى المستشفى ، وحيث لم تدخلها على الإطلاق خلال الشهور الثلاثة الاخيرة . وحالياً مازالت سندى مقيمة فى منزلها مع زميلة وقد عادت للدراسة . وقد استمر علاجها فى التركيز على تغيير التوافقات المرتبطة بالسلوك الانتحارى، وتخفيض كل من الانفعالات المؤلمة ومشاعر القمع ، وتحمل الكدر.

ويركز العلاج الآن – بالإضافة إلى ذلك – على مواصلة الاعتدال والتعقل فى كمية الطعام التى تتناولها . وخلال الشهور الأولى من إقامتها فى بيتها دون زوجها ، تعرضت سندى لعدد من مرات الانكباب على الكحول وانخفض مقدار ما تتناوله من الطعام بصورة شديدة ، وقد أصبح ذلك هدفًا فوريًا للعلاج . وكان وضوح اهتمام المعالجة القوى بهذا السلوك لسندى يعنى أن المعالجة ستتعامل مع مشكلاتها هذه بمنتهى الجدية حتى لو كانت غير انتحارية . وقد ركز العلاج أيضاً على مواصلة سندى للدراسة وتوسيع شبكة علاقاتها الاجتماعية ، وكما هو الحال

مع السلوك الانتحارى ، فإن الانتباه لهذه الأهداف يخدم باعتباره منحى لعلاج المشكلات ذات العلاقة . ومع انخفاض تكرار المواقف المتأزمة ، منح قدر كبير من الانتباه لتحليل الأنماط الأسرية ، بما فى ذلك خبرات الإهمال وعدم التأييد ، التى يمكن أن تكون قد أدت إلى مشكلات سندى الحالية ، ولم تذكر سندى أى تاريخ سابق لانتهاك جنسى أو بدنى .

وبالتالى أصبح الهدف الواضح للمرحلة الثانية (والتى بدأت بحذر بصورة متداخلة مع المرحلة الأولى) هو فهم تاريخها وعلاقته بمشكلاتها الحالية (١) .. وفى الحالات الأخرى عندما يكون هناك انتهاك جنسى أو بدنى أو أيهما فى الطفولة ، فيحتمل أن يؤدى الانتقال إلى المرحلة الثانية قبل التمكن من تحقيق أهداف المرحلة الأولى إلى عودة المشكلات السلوكية السابقة . مثال ذلك عميلة أخرى عالجتها المؤلفة الأولى (م.م.ل) تدعى تيرى Terry كانت أمها قد اسأت معاملتها بدنيا بشكل خطير خلال طفولتها ، وانتهكها أبوها جنسيا منذ أن كانت فى الخامسة من عمرها ، وأصبحت مبادراته الجنسية غير العنيفة فى السابق انتهاكات بدنية وهى فى الثانية عشر من عمرها ، ولم تكشف تيرى قبل بدء العلاج لأى شخص عن موشرات على هذا الانتهاك . وبعد محادثات ناجحة فى المرحلة الأولى تقدمت المعالجة لتعريض تيرى لمؤشرات صادمة من خلال جعلها تبدأ فى الكشف ببساطة عن تفاصيل هذا الانتهاك . وقد تضافر العمل بين جلسات التعرض مع العمل على المشكلات القائمة فى وقت العلاج فى حياة تيرى . وقد تلى إحدى جلسات تعرض تيرى، التى ركزت فيها على الانتهاك الجنسى استعادتها لبعض مشكلاتها السلوكية السابقة التى برهن عليها انسحابها والتزامها الصمت خلال الجلسات ، وافكارها الانتحارية وعدم إذعانها للعلاج الطبى ، وظهور مثل هذا السلوك مؤشر على ضرورة وقف المناقشات المتعلقة بالمرحلة الثانية من العلاج حول الانتهاك الجنسى والعودة لتناول اهداف المرحلة الأولى . وقد خصصت ثلاث جلسات لتحليل سلوكها الانتحارى الحالى ، وتدخلها فى العلاج وسلوك التدخل فى الحياة ، والذى ارتبط فجأة بكل من الخوف من رأى المعالجة فى استجاباتها الانفعالية فى الطفولة نحو والدها وزياراتها الحالية له فى الإجازات والتى تفجر الصراعات حول مشاعرها نحوه فى الحاضر . وهذا المنحى المتضمن خطوتين إلى الامام وخطوة إلى الخلف شائع مع العملاء البينيين ، وقد يسم على وجه الخصوص الانتقال بين المرحلة الأولى والمرحلة الثانية .

وكما سبق الإشارة ، فإن المرحلة الثالثة تنحو إلى تنمية احترام العميل لذاته ولاستقلاله فى آراؤه عن الآخرين . وقد ناقشت بيتى Betty أيضاً خلال علاج المؤلفة الأولى (م.م.ل) لها نجاحها فى المرحلة الأولى والثانية ، وهى تعمل الآن ممرضة على كفاءة عالية ، وتتحمل مسئوليات فى التدريب والإشراف . ويتركز العلاج حاليا مع بيتى على مواصلة تقديرها لذاتها فى مواجهة الأشخاص الأقوياء للغاية المهمين بالنسبة لها (المشرف عليها) ، الذى دائما ما يقلل من شأنها .. وتتضمن مكونات العلاج ملاحظات المعالجة وإلقاءها الضوء على ميل العميلة لتعديل آرائها الخاصة لتتسق من آراء الآخرين . كما تجرى محاولات صبورة لتنمية تقدير بيتى لذاتها وتهدأتها . وقيامها بتمرينات تخيل ، تقوم العميلة فيها بتخيل نفسها واقفة فى مواجهة الأشخاص الأقوياء معبرة عن نفسها . ويركز قدر كبير من العلاج على سلوك العميلة التفاعلى فى موقف العلاج ، مع الانتباه لربط هذا السلوك بتفاعلاتها مع الأشخاص الآخرين المهمين . وبالتالى فإن العلاج عند هذه النقطة مشابه تماماً لنظام العلاج التحليلى الوظيفى(١) الذى طوره كليلنبرج وتساى Kohlenberg and Tsai (1991) . وعموماً فهذه المرحلة من العلاج تتضمن الانتقال إلى علاقة متكافئة بقدر أكبر بين العميل والمعالج ؛ حيث ينصب التركيز على اعتماد العميلة على آرائها الشخصية . ويتطلب ذلك أن يقوم المعالج بتدعيم كل من توكيدية العميلة والتراجع والإحجام عن المصادقة على سلوك العميلة ورعايتها بالطرق المميزة المستخدمة فى المرحلتين الأولى والثانية . يضاف إلى ذلك تخفيض جلسات العلاج لتصبح مرة كل أسبوعين ، مع البدء فى مناقشة الموضوعات المتعلقة بإنهاء العلاج من وقت لآخر .

نمـــاذج

النموذج التالى (المركب) يبين أمثلة حقيقية لعمليات العلاج ، التى تتم على امتداد عديد من الجلسات مع عملاء مختلفين . وهذه الحوارات بين المعالجة (م) والعميلة (ع) اختيرت لتوفر للقارئ أمثلة شاملة لتطبيقات استراتيجيات عريضة للعلاج الجدلى السلوكى .

وأهداف الجلسة فى النموذج التالى ، هى – التوجيه والالتزام . والاستراتيجيات المستخدمة فيها هى التحقق ، وحل المشكلات (الاستبصار والتوجه والالتزام) والجد لية (دفاع الشيطان) والتكامل (تعزيز العلاقة) .

---

(1) Functional analytical psychotherapy regime

والحصول على التزام العميل خطوة أولى جوهرية لبداية العلاج مع العملاء البينيين . ووفق الموضح هنا ، فإن الاسلوب الجدلى المسمى دفاع الشيطان يمكن أن يكون شديد التأثير عند استخدامه بمثابة استراتيجية التزام . والهدف النهائى للمعالج فى هذه الجلسة الأولى هو الحصول على التزام العميل بالعلاج ، بالإضافة إلى التزامه باستبعاد السلوك الانتحارى ، وقد بدأت المعالجة بتوجيه العميلة نحو الهدف من هذه الجلسة الأولية .

م: يبدو أنك عصبية قليلا من ناحيتى ؟

ع: نعم ، أعتقد أننى عصبية .

م : حسناً ، هذا أمرمفهوم ، وخلال الخمسين دقيقة التالية أو نحوها لدينا فرصة أن نعرف بعضنا ، ونرى إذا ما كنت تريدين الاستمرار معى أم لا . لهذا فإن ما أرغب فيه الآن هو الحديث معك قليلاً عن البرنامج وكيف أتيت هنا ، لذا أخبرينى ما الذى تريدينه من العلاج معى ، وما الذى تفعلينه هنا ؟

ع : أريد أن أتحسن .

م : حسناً ، ما الخطأ فيك ؟

ع : أنا فى ورطة (ضحك) .

م : كيف ذلك ؟

ع : (همهمة) ، لا أعرف ، مجرد أننى لا استطيع التعامل مع أمور حياتى اليومية الآن . ولا حتى استطيع أن ..... أنا فقط فى ورطة . لا أعرف كيف أتعامل مع أى شىء .

م : ما معنى هذا بالضبط ؟

ع : (همهمة) حسناً كل ما أحاول عملة فى هذه الأيام يبدو مربكاً . لا أستطيع الاستمرار فى عملى ، والآن أنا فى إجازة مرضية ، بالإضافة إلى أن الجميع متضايقين من كثرة دخولى المستشفى ، واعتقد أن طبيبى النفسى يريد التخلى عنى نتيجة لإيذائى لنفسى .

م : ما مقدار ايذائك لنفسك ؟

ع : ربما مرة أو مرتين فى الشهر . أحياناً استخدم ولاعتى أو السجاير ، وأحياناً شفرة .

م : هل لديك جروح فى جسمك ؟

ع : (تطرق مؤيدة) .

م : لقد أخبرنى طبيبك النفسى أنك شربتى كلوراكس أيضاً ، لماذ لم تذكرى ذلك ؟

ع : أظن لم يخطر على بالى .

م : هل كثيراً ما لاتخطر الأشياء على بالك ؟

ع : فى الواقع لا أعرف، ربما

م : إذاً علىّ أن أكون حصيفة معك فى التخمين .

ع : (همهمة)

م : لسوء الحظ ، ورغم أننى لست ماهرة فى التخمين ، إلا أننى ساعلمك كيف تتذكرين الأشياء ، والآن ماالذى تريدين الخروج به على وجه التحديد من العلاج معى ؟ أن تتوقفى عن إيذاء نفسك ، تتوقفى عن محاولة قتل نفسك ؟ أم الاثنين ؟

ع : الاثنين ، لقد تعبت من ذلك .

م : وهل تريدين الحصول على المساعدة فى أى شىء اخر ؟

ع : (همهمة) لا أعرف كيف أتعامل بالنقود، ولا أعرف كيف أتصرف فى العلاقات ، ليس لدى أصدقاء ، وهم لا يتصلون بى كثيراً . لقد كنت سكيرة سابقة، وتعافيت من فقدان الشهية العصبى والشره العصبى ، ولكن مازالت لدى ميول لذلك .

م : هل تعتقدين أنه يحتمل أن بعضاً مما أنت فيه الآن عبارة عن استبدال لسلوك ايذاء الذات بسلوكك الكحولى والشرهى السابق ؟

ع : لا أعرف ، لم أفكر فى ذلك بهذه الطريقة ، مجرد أننى أشعر أننى لا أعرف كيف أدبر أمورى بأى وسيلة ، وانت تعرفين ، واعتقد أنك تعملين مع فريق وهذا سيفيدنى ، لأنه إذا لم يحدث فساحاول قتل نفسى .

م : إذاً فمن وجهة نظرك أن إحدى مشكلاتك هى أنك لا تعرفين كيف تتصرفين فى الكثير من الأشياء.

ع : نعم ، وبينما أعرف الكثير منها ، إلا أننى لا أعرف لسبب ما كيف أقوم بها .

م : (همهمة) .

ع : كما تعرفين ، اقصد أنا أعرف أننى أريد توفير النقود، وأعرف أننى فى حاجة لعمل ميزانية لنفسى وأفعل ذلك فى كل شهر بلا استثناء ، ولكننى أغرق فى الديون فى كل شهر. ولكن (همهمة) أنت تعرفين أنه من الصعب بالنسبة لى .. ، إنه يشبه شيئا أعرفه ، أو أننى أعرف اننى يجب ألا آكل شيئا ما ، ولكننى أكله على الرغم من ذلك .

م : الأمر يبدو أذاً أن جزءاً من المشكلة هو أنك تعرفين فى الواقع كيف تقومين بالأشياء،ولكنك لا تعرفين كيف تجعلين نفسك تفعل ما تعرفين أنك تستطيعين عمله .

ع : بالضبط.

م : هل يبدو الأمر مثل أن انفعالاتك ربما هى التى تتحكم ، وأنك شخص يفعل الأشياء عندما يكون فى حالة مزاجية ملائمة ؟

ع : نعم ، كل شيء يحدث حسب حالتى المزاجية .

م : إذاً فأنت متقلبة المزاج ؟

ع : نعم ، قد لا أنظف البيت لمدة شهرين ، ثم أصبح فى حالة مزاجية لتنظيفه ، وعندئذ أقوم بتنظيفه على الفور، وأحافظ على نظافتة طوال ثلاثة أسابيع ، أقصد أحافظ عليه نظيفاً ، ثم عندما أكون فى حالة مزاجية أخرى، أعود مرة ثانية إلى الفوضى.

م : إذاً فإحدى المهام بالنسبة لك ولى هى أن نجد طريقة لجعل سلوكك وما تقومين به أقل ارتباطا بمشاعرك .

ع : صحيح.

واستخدمت المعالجة الاستبصار لإلقاء الضوء ، لتمكين العميلة من ملاحظة العلاقة بين انفعالاتها وسلوكها، ثم بدات بعدئذ عملية تشكيل التزام من خلال الاستراتيجية الجدلية لدفاع الشيطان .

م : طبعاً سيكون هذا العلاج جحيماً بالنسبة لك ، ألا تعتقدى ذلك ؟ لماذا تريدين عمل ذلك إن الأمر يبدو مؤلما.

ع : أريد القيام بذلك لأن الأمر غير متسق ، إنه سيء للغاية كما تعرفين، لأننى أعرف عندما اضع ميزانية للنقود أو غير ذلك ، أعرف أننى فى حاجة لعمل ذلك ، ثم عندما لا أقوم بعمله ، فإن هذا يجعلنى أكثر ضيقاً.

م : ما الذى يجعلك ترغبين فى عمل شىء وأنت لست فى المزاج الملائم لعمله؟

ع : لأننى يجب أن أفعل ذلك ؛ لأننى لا أستطيع الاستمرار فى الحياة على هذا النحو إذا لم أفعل ذلك .

م : ولكنها تبدو بالنسبة لى حياة سهلة وجميلة .

ع : نعم ، ولكننى لا أستطيع تحمل الحياة ، إذا أنفقت كل نقودى على الترفيه والأشياء التافهة التى .....

م : حسناً ، أعتقد أن عليك أن تضعى بعض الحدود ، ولا تتخلصى من كل شىء، عمومًا أقصد أن أقول لماذا تنظفين البيت إذا لم تكونى فى حالة مزاجية ملائمة ؟

ع : لأنه يضايقنى عندما يكون فى فوضى، ولا استطيع أن أجد ما أبحث عنه، مثل الفواتير التى فقدتها من قبل وانتهى الأمر بعدم دفعها، وأصبحت الآن مدينة بالكثير ، لا أستطيع التعامل مع كل هذه الأمور ، وينتهى بى الأمر إلى إيذاء نفسى ودخولى المستشفى ، وأريد مجرد إنهاء كل هذا ، ولكن ما زال الأمر غير مهم؛ لأننى إذا لم أكن فى الحالة المزاجية الملائمة للتنظيف فلن أفعل .

م : إذاً فحقيقة أن ذلك يمكن أن يؤدى إلى حدوث أشياء فظيعة فى حياتك لم يكن كافيًا لدفعك للقيام بالأشياء والمطلوبة ، على الرغم من حالتك المزاجية ، صحيح ؟

ع : حسناً ، من ا لواضح لا (ضحك) لأنها لا تحدث.

م : ألا يخبرك هذا على الرغم من ذلك أن العلاج سيصبح مشكلة كبيرة، ألا تعتقدين فى ذلك ؟ . لن ينتهى ذلك بأن يصبح أمرا سهلاً ، إنه ليس مثل قيامك بالمشى هنا وهناك ثم أقول « هيا أيتها العصا السحرية » ، وفجأة

سترغبين فى القيام بعمل الأشياء التى لست فى مزاج لعملها.

ع : نعم

م : نعم ، يبدو لى أنك إذا لم تكونى فى حالة مزاجية ملائمة لعمل الأشياء، وإذا كنت من النوع الذى يعتمد على مزاجه فسيكون هذا أمراً يصعب حله، والواقع أننى اعتقد أن إحدى أصعب المشكلات هنا هى التعامل معك.

ع : نعم ، عظيم (تغمض عينيها وينخفض صوتها)

م : أعتقد أننا يمكن أن نتعامل مع الأمر ، ولكننى أعتقد أن ذلك سيكون جحيماً . والسؤال الواقعى هنا هو هل أنت راغبة فى الاستمرار فى هذا الجحيم، لتحققى ما تريدين الوصول إليه أم لا ؟. أنا أطرح عليك هذا السؤال الان ؟

ع : حسناً سيجعلنى ذلك أكثر سعادة ، نعم.

م : هل أنت متأكدة ؟

ع : نعم لقد مررت بما أنا فيه منذ كنت فى الحادية عشر من عمرى، لقد تعبت من هذا القرف. آسفة على تعبيراتى ، ولكننى تعبت حقيقة ، وقد أصبحت بلا سند . أما أننى فى حاجة لعمل ذلك أو أننى فى حاجة لأن أموت، هذان هما خياراىّ.

م : لماذا لا تموتى ؟

ع : حسناً ، إذا أنتهى الأمر بى إلى ذلك فسافعل.

م : (همهمة) ولكن لم لاتموتى الان ؟

ع : لأن هذا هو أملى الأخير ، فإذا كان لدى أمل أخير لما لا أتمسك به؟

م : إذاً ، فبتعبير آخر ، كل الأمور تتساوى بالنسبة إليك، تعيشين بدلاً من أن تموتى ، إذا كنت تستطيعين إنجاز الأمر .

ع : إذا استطعت إنجازه ، نعم .

م : حسناً هذا أمر جيد ، أن هذا هو مصدر قوتك ، وأنت تريدين اللعب على هذا ، عليك أن تتذكرى هذا عندما تصبح الأمور صعبة. ولكننى أريد إخبارك الآن عن هذا البرنامج ، وكيف أشعر نحو إيذئك لنفسك ، وعندئذ سنرى إذا ما كنت مازلت ترغبين الاستمرار فى العلاج .

كما يتضح من السياق السابق ، فإن استخدام المعالجة لدفاع الشيطان بقسوة حقق بنجاح وضع قدم العميلة على أول الطريق ، واستهل التزامها. ويستطيع المعالج أن يرفع رهانه على هذا الالتزام من خلال تفسير مختصر للبرنامج وأهدافه.

م : والآن . فإن ما يجب أن تفهميه هو أننا لا نقدم هنا برنامجاً لمنع الانتحار، فهذه ليست مهمتنا ، ولكن برنامجنا يعزز الحياة ، والطريقة التى ننظر اليها بها هى أن الحياة بطريقة بائسة لا تعد إنجازاً . فإذا قررنا العمل فسأقوم بمساعدتك على تحسين حياتك ؛ لذا فمن الأفضل ألا ترغبى فى الموت أو ايذاء نفسك . وعليك أن تعرفى أيضاً أننى أعتبر السلوك الانتحارى ، بما فى ذلك شرب الكلوراكس سلوكاً لحل المشكلات . والأمر نفسه مع تعاطى الكحول، الفرق الوحيد هو فى جرح أوحرق نفسك ، ولسوء الحظ أنه ينجح ، أما إذا لم ينجح فلن يقدم عليه أحد مرة أخرى . ومع ذلك فهو ينجح على المدى القصير وليس على المدى البعيد، لذا فإن التوقف عن جرح نفسك فى محاولة لايذاء نفسك يعد سلوكاً مشابهاً تماماً لامتناعك عن تعاطى الكحول. هل تعتقدين أن هذا سيكون أمراً صعباً ؟

ع : توقفى عن تعاطى الكحول لم يكن أمراً صعباً على الإطلاق .

م : حسناً ، ومن خبرتى فإن التوقف عن سلوك إيذاء الذات عادة ما يكون شديد الصعوبة، فسيتطلب من كلا منا العمل، ولكن الجهد الأكبر سيقع على عاتقك. وكما ذكرت لك عندما تحدثنا باختصار ، إذا التزمتى بهذا لمدة عام . وواظبت معى على علاج فردى مرة فى الأسبوع ، واشتركتى فى مجموعة للتدريب على المهارات مرة فى الأسبوع. عندئذ سيصبح السؤال هو . هل أنت مستعدة للألتزام بذلك لمدة عام ؟

ع : لقد قلت إننى مشمئزة مما أنا فيه، لهذا أنا هنا .

م : أذاً ، فأنت توافقين على عدم ترك العلاج طوال العام، صحيح ؟

ع : صحيح .

م : وتدركين أنك إذا لم تتركى العلاج لمدة عام ، فإن الأمر سينجح إذا وضعت ذلك فى اعتبارك ، وسيكون عليك بالطبع استبعاد فكرة الانتحار تماماً خلال العام .

ع : منطقياً . نعم

م : إذاً ، فنحن فى حاجة لنكون واضحين تماماً فيما يتعلق بذلك ، لأن هذا العلاج لن ينجح إذا تعرضت فجأة للانهيار أثناءه . والهدف الجوهرى الأكبر يتعلق بالحالة المزاجية ، وما سنعمل عليه هو الاتى ، مهما كانت حالتك المزاجية فلن تقتلى نفسك أو تحاولى ذلك .

ع : موافقة .

م : إذاً ، أعتقد أن ماله الأولوية الأولى لدينا الآن ، ليست الأولوية الوحيدة لدينا ، بل الأولوية الأولى هى أننا سنعمل وفق هذا ، أن نجعلك توافقين، باقتناع بالطبع تستمرين فى المحافظة على حياتك ، ولا تقومين بإيذاء نفسك ولا تحاولين الانتحار ، مهما كانت حالتك المزاجية . والسؤال الآن هو : هل توافقين على ذلك .

ع : نعم ، أوافق .

حصلت المعالجة بنجاح على التزام العميلة بالعمل على التوقف عن السلوك الانتحارى. ولتقوية الانتماء استخدمت مرة أخرى استراتيجية دفاع الشيطان .

م : لماذا وافقت على ذلك ؟

ع : لا أعرف (ضحك) .

م : أقصد ألم يكن من الأفضل أن تحصلى على علاج آخر، حيث يمكنك قتل نفسك إذا اردت ؟

ع : لا أعرف ، أقصد أننى لم أفكر فى ذلك فى الواقع بهذه الطريقة .

م : (همهمة) .

ع: أنا لا أريد .... أريد أن أكون قادرة على إدراك أننى أستطيع أن أشعر أننى غير مرغمة على الحياة .

م : إذاً فأنت تتفقين معى لأنك تشعرين أنك مرغمة على الموافقة ؟

ع : أنت تواصلين طرح كل هذه الأسئلة .

م : مارأيك ؟

ع : بصدق ، لا أعرف ما أفكر فيه الآن .

من المهارات الضرورية والمهمة لدى المعالج ، الذى يمارس العلاج الجدلى السلوكى أن يكون قادراً على الإحساس متى تكون العميلة قد تعرضت لأقصى ما يمكن من الضغط ، وكذلك المهارة المصاحبة وهى قدرته ورغبته فى التراجع، وأن يتقهقر مؤقتًا عن المزيد من الضغط . وفى هذا المثال، فإن استمرار ضغط المعالجة يحتمل أن يأتى بنتيجة عكسية ، ويكون له تأثير مخالف لما يهدف إليه العلاج . وهنا لا حظت المعالجة الارتباك الذى تعرضت له العميلة، وأحست أن المزيد من الضغط يمكن أن يؤدى إلى تخلى العميلة عن التزامها القوى ، وبالتالى تراجعت المعالجة وأنتقلت إلى التحقق.

م : أذاً ، أنت تشعرين أننى ضغطت عليك قليلاً ؟

ع : لا ، الواقع لا (بدأت العميلة فى البكاء) .

م : إذاً ، ما الذى حدث الآن على الفور ؟

ع : (صمت) لا أعرف ، أقصد ، لا أعتقد أننى أريد فى الحقيقة قتل نفسى، أعتقد أنه يجب على أن أفعل ، حتى أننى لا أعتقد أن إقدامى على الانتحار ناتج عن حالة مزاجية ، أعتقد أن ذلك يحدث عندما أشعر أنه لا يوجد أمامى بديل آخر . فأقول حسناً لا يوجد بديل آخر ، إذاً اقتلى نفسك . وهكذا . وفى مثل هذه اللحظة لا أرى أى بصيص من الأمل . سأبدأ معك العلاج الذى أعتقد أنه جيد ، أقصد أننى أعرف أنه جيد، ولكننى لم أكن أرى أى شىء آخر أفضل عندما حاولت قتل نفسى ؟.

م : حسنا ، هذا صحيح غالبًا ربما لم يكن هناك شىء أفضل ، ولكننى أقصد أن قتل نفسك لا يحل عادة المشكلات ، على الرغم من أنه الشىء الوحيد فى الواقع لديك.

ع : إن هذا يشعرنى بالسعادة .

م : حسنا ، فطرح كل هذه الأسئلة عليك جعلك تبدأين فى البكاء ، لقد بدوت كما لو أنك كنت تشعرين شعوراً سيئاً .

ع : لقد تشجعت ، أعتقد أن هذه هى الكلمة .

م : هذا جزء من سبب مناقشتنا هذه ، أن نحاول توثيق العلاقة بيننا ، لكى تكون الأمور واضحة لكل منا. وسنحاول بهذه الطريقة على الأقل تشكيل مقدار

التشجيع، الذى حصلت عليه نتيجة عدم معرفتك ماذا يحدث معى ؟

ع : (همهمة)

م : كما أننى أود أن أكون واضحة حول ما هو هدفنا رقم واحد ، ومقدار صعوبته ، لأنك إذا أردت التراجع فهذا هوالوقت . لكننى سأتعامل معك بجدية إذا قلت «نعم أريد المضى فى الأمر».

ع : لا أريد التراجع .

م : حسنا ، هذا جيد ، والآن أريد القول فقط أن هذه تبدو فكرة جيدة الآن . أنت فى حالة مزاجية دافعية اليوم، وستبدئين برنامجاً جديداً ، ولكن بعد خمس ساعات لن تبدو لك الفكرة بمثل هذا القدر من الجودة. يبدو الأمر كما لو أنه من السهل الالتزام بنظام غذائى (رجيم) قاسى بعد وجبة كبيرة ، ولكن الالتزام بهذا النظام الغذائى وأنت جائعة يصبح صعباً . ولكننا سنعمل معاً لجعل الأمور تبدو كفكرة جيدة ، سيكون الأمر بمثابة جحيم ، ولكننى واثقة ، واعتقد أننا سننجح معاً .

لاحظ كيف أنهت المعالجة الجلسة بإعداد العميلة للصعوبات التى يحتمل أن تتعرض لها فى الوفاء بالتزامها ، والاستمرار فى العلاج . ويشكل تعزيز العلاقة والتشجيع أساساً لتحالف علاجى قوى .

أحداث الجلسة التالية بعد أربعة أشهر من العلاج ، وهدف هذه الجلسة هوالسلوك الانتحارى . والاستراتيجيات المستخدمة فيها ، هى التحقق ، وحل المشكلات (توضيح الاحتمالات ، والتعليم ، وتحليل السلوك والحلول) والتنميط (التواصل الخشن) والجدلية (استخدام المجاز، وعمل ليمونادة من الليمون) والتدريب على المهارات (تحمل الكدر) . راجعت المعالجة بطاقات يوميات العميلة، ولاحظت محاولة شبه انتحارية حديثة؛ إذ قامت العميلة بفتح جرح قديم سبق أن أحدثته لنفسها عندما رفض طبيبها إعطاءها مسكناً للألم ، وبدأت المعالجة بتحليل سلوكى .

م : حسناً ، الآن ، لقد كنت هنا الأسبوع الماضى ، وأخبرتينى أنك لم تقومى بإيذاء نفسك مرة أخرى ، ويبدومن المثير للسخرية أنك لم تستطيعى الوفاء بذلك . عليك آلا تؤذى نفسك بعد الآن . لهذا دعينا نتبين كيف فشل ذلك يوم الأحد ؛

حتى يمكننا أن نتعلم مما حدث . حسنا متى بدأت تشعرين بالحاح إيذاء نفسك ؟

ع : بدأت قدمى تؤلمنى يوم الأربعاء . بدأت أشعر بآلام مبرحة .

م : ألم تؤلمك قدمك قبل ذلك ؟

ع : لا .

م : إذاً فالأعصاب كانت ميتة قبل ذلك أوشيئًا مشابهًا ؟ إذاً فقد بدأت تشعرين بألم، والآن متى بدأ الشعور بالألم ، ومتى بدأ إلحاح إيذاء نفسك يحدث ؟

ع : فى الوقت نفسه .

م : جاء فى الوقت نفسه بالضبط .

ع : حوله تقريباً .

ودائمًا ما تكون خصائص التنشيط المبدئى لحدث بيئى ، هى الخطوة الأولى للقيام بتحليل سلسلة سلوكية . وقد بدأت المعالجة هنا بفحص مباشر للوقت، الذى بدأ فيه الحاح السلوك شبه الانتحارى . لاحظ أيضاً أن المعالجة استخدمت التواصل الخشن مبكراً فى هذه الجلسة .

م : إذاً كيف أستدعى هذا الشعور بالألم إلحاح سلوكك الانتحارى ، هل تعرفين كيف حدث هذا ؟ كيف انتقلت من الشعور إلى الحاح السلوك ؟

ع : لا أعرف ، ربما لم يحدث ذلك حتى يوم الخميس، وقد سألت ممرضتى وأخبرتها أننى متألمة للغاية ، وقد قذفت طعامى بعيداً لأن الألم كان شديداً للغاية ، وقد حاولت معى الممرضة واستدعت الطبيب وأخبرته أننى أشعر بألم شديد ، وسألته إذا ماكان سيعطينى بعض مهدئات الالم. ولكنه رفض ، لذا ظللت إلح فى الطلب، وظلت الإجابة بالرفض ، وجن جنونى أكثر وأكثر ، وهنا شعرت أننى يجب أن أبين لأحد كيف أتالم لأن أحداً لم يكن يصدقنى .

م : دعينا إذاً نتبين الأمر بوضوح . لقد افترضت أنه إذا صدق أحد أنك تتألمين بالدرجة التى تقوليها ، فإنهم سيعطونك بالتأكيد مسكناً للألم ؟

ع : نعم .

م : حسناً ، هذا هو مكمن الخطأ فى التفكير . هذه هى المشكلة . وكما تلاحظين ، فمن المحتمل أن الناس يعرفون مقدار ألمك، ولكنهم مصرون على عدم إعصائك دواءً.

ع : أنا متأكدة تماماً من ذلك ، وقد كتبت ذلك فى يوميتى، فلو كنت قد حصلت على مسكن للألم أحتاجه حقيقة ، ما كنت لأفكر فى إيذاء نفسى .

استمرت المعالجة بأن بدأت فى الحصول على وصف للأحداث المصاحبة لظهور المشكلة . وحيث أصبح من الواضح هنا التفكير غير المنطقى فى قرار المعميلة إيذاء نفسها . واستخدمت المعالجة فى الفقرة التالية الاستراتيجية الجدلية للمجاز ؛ لإلقاء الضوء على خطأ العميلة المعرفى .

م : والآن دعينى أسالك شيئًا ، هل يمكنك أن تتخيلى الآتى : حسناً ، علينا أن نتخيل أننا معًا أنت وأنا على لوح خشبى فى وسط المحيط ، وأن قاربنا قد غرق، وأننا معًا على هذا اللوح . وقد جرحت ساقك عندما غرق القارب جرحًا بالغًا ، وأننا نحاول معًا ربط ساقك بأفضل صورة ممكنة ، ولكننا لا نملك أى مسكن للألم ، وأن ساقك تؤلمك حقيقة ، وأنك تطلبين منى مسكنا للألم وأنا أقول لا . هل تعتقدين وقتئذ أنك ستتعرضين لإلحاح إيذاء نفسك وجعل إصابتك أسوأ ؟

ع : لا ، فهذا موقف مختلف .

م : حسناً ، ولكن إذا كان لدى مسكن للألم ، ورفضت إعطاءه لك ، لأن علينا إنقاذ هذا المسكن أيضا ، ما الذى تعتقدينه ؟

ع : إذا كان ذلك منطقياً فى نظرى ، فسأقبله ولن أرغب فى إيذاء نفسى.

م : ماذا لوم رفضت إعطاءه لك ؛ لأننى لا أريد أن أجعل منك مدمنة على العقاقير ؟

ع : سأرغب فى إيذاء نفسى.

م : حسناً ، لقد أوضحنا الأمر الآن . فالألم ليس هو الذى يشكل رغبتك فى إيذاء نفسك ، بل رفض شخص ما إعطاءك شيئًا ما يساعدك ، فى الوقت الذى تشعرين فيه أنهم يستطيعون إعطاءه لك إذا أرادوا.

ع : نعم .

استخدمت المعالجة توضيح الاحتمالات لتبين للعميلة اثار استجابات الآخرين فى سلوك العميلة الشخصى . وتستمر المعالجة فى الفقرة التالية مرة أخرى فى توضيح الاحتمالات ، من خلال جهد متواصل لإلقاء الضوء للعميلة على الوظيفة التواصلية لمحاولات الانتحار.

م : حسناً ، بتعبير آخر ، فإن إيذاءك لنفسك عبارة عن سلوك اتصالى . إذاً فما علينا عمله هو أن نسعى لطريقة لجعل هذا السلوك التواصلى يتوقف .

ع : لماذا ؟

م : لأنك لن تتوقفى عن محاولاتك شبه الانتحارية إلا إذا توقف هذا السلوك الاتصالى ، إنه مثل محاولة الحديث الى شخص ما ، فإذا لم يكن هناك أحد فى الحجرة ، فعندئذ ستتوقفين عن الحديث إليه. إنه مثل انقطاع الخط أثناء مكالمة تليفونية ، تتوقفين على الفور عن الحديث .

ع : لقد حاولت على مدى ثلاث ليالى متتالية ، وبطريقة توكيدية محكمة ، وقررت لك الآن أننى كنت فى أشد الألم .

م : أتعرفين ، أظن أن علينا أن نتبادل مواقعنا ، أنت لم تسمعى شيئاً مما أقوله .

ع : وظلوا يقولون لا ، ثم ظهر ضوء خافت أمام عينى .

م : أنا أفكر فى تبادل أدوارنا .

ع : وكان الأمر يبدو مثل هنا ، والآن : هل تستطيعين القول أنه يؤلم حقيقة ؟

م : أنا أفكر فى تبادل مكانى معك .

ع : لماذا ؟

م : لأنك إذا كنت مكانى فأعتقد أنك سترين أنه مهما كان الألم سيئاً ، فإن إيذاءك لنفسك للحصول على مسكن للألم ليس هو الاستجابة الملائمة ، فقد لا يكون وجودك فى المستشفى أيضاً ملائماً ، وربما كان عليهم إعطاءك مسكناً، ولكن لا توجد علاقة بين القول أنهم على صواب ، والقول أن إيذءك لنفسك ليس هو الاستجابة الملائمة .

ع : لا ، لا أعتقد أن هذه هى الاستجابة الملائمة .

م : حسناً ، ما توصلنا إليه الآن هو إيضاح طريقة الحصول على المسكن ، وبحيث لا تحدث هذه الاستجابة حتى إذا لم تحصلى عليه ، ومهما كان التأثير الاتصالى لإيذاء الذات ، والطريقة الوحيد لإيقاف هذا السلوك هى جعله لا يعمل أكثر من ذلك، وسيكون من الجيد بالطبع أن تجعلى الأمور تجرى بطريقة أخرى، وأن يكون ما تدافعين عنه هو : « حسناً إذا لم أحصل عليه بهذه الطريقة ، فسأكون قادرة على الحصول عليه بطريقة أخرى»

ع : لقد حاولت ذلك بالفعل .

م : نعم أعرف أنك حاولت ، أعرف أنك حاولت .

ع : لقد كانت إلى جانبى سيدة تصرف دواءها الخاص بمرض السكر، وكانت فى حالة سيئة فعلاً ، وقد أعطوها مسكناً للألم .

م : نحن نتكلم الان فى موضوعين مختلفين . هل هذه مناقشه ؟

ع : نعم ، نحن نتكلم فى الموضوع نفسه. ما الذى تتحدثين عنه ؟

م : أنا أتكلم عن أنه قد يكون من المنطقى بالنسبة لك الحصول على مسكن للألم . وأنا اتفهم حقيقة حاجتك له . ولكننى أقول أيضًا أنه مهما يحدث، فإن إيذائك لنفسك هو أمر لا نريد حدوثه. أنت تتصرفين كما لو أننى لو وافقت معك على أنه كان يجب أن تحصلى على المسكن فستعتقدين أن هذا سيكون جيداً.

ع : (همهمة).

م : أنت تتكلمين عن ما إذا كان عليهم إعطاؤك مسكن للألم أم لا ، وأنا لا أتكلم عن ذلك ، فحتى إذا كان عليهم أن يعطوكى مسكن فقد توصلنا لمعرفة كيف يمكنك التصرف دون إيذاء نفسك .

كما يتبين من خلال الحوار السابق ، فإن العملاء البينيين دائمًا ما يريدون مواصلة التركيز على الأزمة الراهنة التى يعانونها . ويحمل ذلك تحدياً مرعبًا للمعالجين ، الذين يجب أن ينخرطوا بالضرورة فى حركة متصلة نحو الامام والخلف ؛ للتحقق من ألم العميل من ناحية ودفعه نحو تغيير سلوكه من ناحية أخرى . كما يتضح من هذه الفقرة أيضًا فإن التحقق لا يتضمن الموافقة بالضرورة. وعلى الرغم من تحقق المعالجة من إدراكات العميلة حول أن رفض

إعطاءها مسكناً للألم قد لايكون مبرراً ، فقد ظلت ثابته على تأكيدها على عدم ملاءمة استجابة العميلة .

ع : لقد حاولت القيام ببعض هذه الأشياء الخاصة بتحمل الكدر ، إلا أنها لم تجد نفعاً .

م : حسناً ، لا تقلقى من ذلك، سنتوصل لطريقة أخرى ، أريد أن أعرف كل شيء قمت به ، ولكننى أريد أن أتاكد أولاً أن لدى صورة واضحة . هل بدأ الإلحاح يقوى بعد يوم الأربعاء ويصبح أسوأ مع الوقت ؟

ع : نعم ، لقد بدأ يتزايد مع تزايد الألم .

م : مع تزايد الألم ، حسناً ، ولكنه بدأ يتزايد مع استمرار رفضهم إعطاءك المسكن؛ لذا كنت تفكرين فى أنك إذا أذيت نفسك فسيعطونه لك بشكل ما ؟

ع : نعم ، إذا لم يصغوا لى فسأريهم .

م : حسناً ، إذاً فقد كنت تفكرين كالآتى « إذا لم يصغوا لى فسأريهم » ومتى بدأت هذه الفكرة تخطر على بالك ؟ هل كان ذلك فى يوم الأربعاء ؟

ع : نعم .

م : حسناً ، لقد وصلنا لاستخلاص طريقة لتحمل الأشياء السيئة دون إيذائك لنفسك، لذا دعينا نراجع كل المحاولات التى قمت بها ، ثم نستخلص منها أشياء أخرى ، لأن ما حاولتيه لم يجد ، ما هو إذاً أول شيء حاولتيه ؟

يظل التحليل السلوكى حتى هذه المرحلة ناقصًا ، ويكون غير ناضج للتحرك نحو مرحلة تحليل الحلول . وعلى الرغم من ذلك ، فقد كان تقدير المعالجة أنه من الجوهرى بقدر أكبر تعزيز محاولات العميلة لتحمل الكدر، من خلال الاستجابة لما تقوله حول محاولة استخدام المهارات السلوكية .

ع : أعتقد أننى لوكنت واصلت موقفى التوكيدى فقط حول أنه يجب إتخاذ الإجراءات الملائمة .

م : حسناً ، ولكن هذا لم يؤت نتيجة ، فلماذا لم تقومى بإيذاء نفسك بعد ذلك مباشرة ؟

ع : لم أكن أريد ذلك .

م: لماذا لم ترغبى فى ذلك ؟

ع : لم أكن أريد جعل الأمر أسوأ.

م : إذاً فقد كنت تفكرين فى الإيجابيات والسلبيات . إذا جعلت الأمر أكثر سوءاً، فسأشعر أننى فى حالة أسوأ.

ع : نعم

أحد جوانب التدريب على المهارات فى العلاج الجدلى السلوكى ، هى التأكيد على فائدة تقييم إيجابيات وسلبيات تحمل الكدر ، بوصفه استراتيجية جوهرية للبقاء على قيد الحياة . وقد استخدمت المعالجةهنا الاستراتيجية الجدلية لعمل ليمونادة من الليمون ، من خلال إلقاء الضوء أمام العميلة على أن ما فعلته هو فى الواقع استخدام للمهارات السلوكية . لاحظ فى استجابتها التالية كيف دعمت المعالجة على الفور جهود العميلة من خلال امتداحها .

م : هذا تفكير جيد، أن تفكرى فى مزايا وعيوب ما تقومين به. حسناً ، عند هذه النقطة فإن مزايا جعل الأمر يصبح أسوأ كانت عيوبه هى الأرجح . حسنا عليك إذاً مواصلة هذا الكفاح الجيد هنا . والآن ماذا فعلت أيضاً ؟

ع : لقد حاولت التحدث فى الموضوع مع مرضى آخرين .

م : وماذا قالوا لك ؟

ع : قالوا إننى يجب أن أحصل على مسكن للألم .

م : حسناً ، ولكن هل قالوا لك أنك يجب أن تجرحى نفسك أو تؤذى نفسك ، إذا لم تحصلى عليه ؟

ع : لا ، لقد حاولت إبعاد عقلى عن الألم بعزف الموسيقى ، واستخدام المنطق ، حاولت القراءة ، وحل الكلمات المتقاطعة .

م : (همهمة) . هل سبق أن حاولت القيام بالقبول المتطرف (1) ؟

ع : ماهو هذا ؟

م : هو أن تقولى ، لنترك الأمر كله وتتقبلى حقيقة أنهم لن يعطونك مسكن للألم ،

(1) Radical acceptance

وأن تستسلمى للموقف ، مجرد أن تتقبلى أنهم لن يعطونك شيئًا ، وأنك ستعملين على التغلب على الموقف بطريقة أخرى .

ع : هذا ما فعلته أمس، فقد أحتجت لقرص أتيفان (لورازيبام) وكنت ذاهبة ولكننى لم أفعل .

م : أمس ؟

ع : نعم ، وقد نمت بعد الظهر . وعندما استيقظت قلت لنفسى « ها ، أنهم لن يتغيروا ، إذاً فعليك أن تتعاملى مع هذا بأفضل طريقة ممكنة »

م : وهل ساعدك ذلك قليلاً على التقبل ؟

ع : مازلت غاضبة مما أعتقد أنه تمييز ضد الأشخاص البينيين ، مازلت غاضبة للغاية من ذلك .

م : حسناً ، هذا جيد ، هل تمكنت على الرغم من ذلك من تقبل الموقف؟

ع : (همهمة)

م : هذا حسن ، هذا عظيم ، هذه مهارة عظيمة ، شيء عظيم أن تمارسيه عندما تبدأ الضغوط فى التزايد، عندما تكونى قاصرة عن عمل شيء. عندما يكون هذا أسوأ ما يمكن أن يحدث . القبول المتطرف هو المهارة التى يجب أن تتدربى عليها .

ودائمًا ما يكون من الضرورى خلال مرحلة تحليل الحلول، قيام المعالجين بتيسير العمليات من خلال مساعدة العميل على القيام بعصف ذهنى، أو من خلال تقديم مقترحات مباشرة للتعامل مع الأزمات المقبلة . وقد اقترحت المعالجة هنا حل يتم تعلمه فى نموذج التدريب على المهارات فى العلاج الجدلى السلوكى . وفكرة القبول المتطرف تؤكد فكرة أن قبول الشخص للألم مطلب أولى ضرورى لوقف المعاناة الانفعالية .

م : حسناً ، علينا أن نعود إلى الوراء لنرى كيف أثر ذلك فى الإلحاح . لأنك كافحت فى الواقع بكل الطرق لذلك، صواب ؟ فعادة ما يمكننا معاً أن نفترض أن شيئا اخر قد حدث ؛ لذا علينا أن ننظر الآن إلى يوم الأحد لنرى إذا ما كان هناك موقف تفاعلى حدث فى ذلك اليوم هو الذى جعلك تشعرين أنك موضع نقد ، وأنك غير محبوبة أو مقبولة .

ع : حسناً ، كنت شديدة الضيق وذهبت إلى اجتماع للكحوليين المجهلين، وانشغل تفكيرى بكيف يمكن للكحول أن يقضى على ألمى ، وسرت فى الجوار باحثة حولى عن متجر مفتوح للخمور ، كنت فى سبيلى للسكر، هذا هو القدر الذى أثر به الألم فى ، ولكننى لم أجد متجراً مفتوحاً ؛ لذا رجعت إلى المستشفى .

م : إذاً ، فقد واتتك فكرة الكحول للتخلص من ا لألم ، ولم تستطيعى الحصول عليه لذا عدت إلى المستشفى ، كنت متألمة للغاية ، ماالذى حدث عندئذ ؟

ع : قلت للمرضة أننى كنت ممتنعة عن الخمر لما يقرب من عشر سنوات ، وهذه أول مرة يلح على فيها الشراب ، هذا يوضح لك مقدار ألمى ، ولكن حتى هذا لم يكن موضع إصغاء.

م : لذا فقد استنتجت أن الإشارة إلى ذلك هو الذى سيجعلهم يصغون ؟

ع : نعم .

م : نعم ، أن سبب ذلك هو المستوى المرتفع من التواصل هذه فكرة جيدة ، حسناً ، أريدك أن تعرفى أن هذا أفضل من التهديد بالانتحار؛ لأن ذلك يعنى أنك خفضت من تهديداتك .

الاستجابة السابقة من المعالجة كانت شديدة الخشونة، حيث لا يتوقع أغلب العملاء من معالجهم أن يعتبر القيام بتهديد علامة على التقدم العلاجى. والاستخدام العلاجى للخشونة يتمثل فى قيمته « الصادمة »، والتى يمكن أن تؤدى إلى فقدان العميل لمعتقداته وفروضه غير السوية ، وجعله ينفتح على إمكانية وجود حلول أخرى بديلة .

ع : وبمجرد أن أخبرتها بشعورى حول ذلك ، فكرت أن ذلك سوف يجدى ، ولكن الطبيب لم يتزحزح .

م : وما الذى فعلته ؟ هل قالت أنها ستتصل به ؟

ع : لقد أتصلت به بالفعل .

م : حسناً وما الذى حدث بعدئذ ؟

ع : عادت ، كانت لطيفة فى الواقع وقالت فقط « أنا أسفة حقيقة ، لكن الطبيب قال لا »

م : هل شعرت بالغضب عندئذ ؟

ع : لا أعرف إذا ماكنت غاضبة حقيقة أم لا ، ولكننى كنت مجروحة .

م : آهـ حقيقة ؟ هذا مثير للغاية ، إذاً فقد شعرت أنك مجروحة ...

ع : لأننى توقفت عن احتضان دبى الدمية وبكيت للحظة .

م : قبل أم بعد أن قررت إيذاء نفسك ؟

ع : فيما بعد ، فى يوم الأحد .

م : متى ؟

ع : بعد أن سقطت إعياءً من البكاء.

م : إذاً فقد رقدت فى فراشك وأخذت فى البكاء ، شاعرة أنك بلا أحد يرعاك ، وأنك مجروحة وربما مهملة ، وغير محبوبة ، وكما لو أنك لا تستحقين المساعدة ؟

ع : نعم

م : هذه فى الحقيقة استجابة توافقية . هذا هو ما كنت سأحاول تعليمك أياه، فيما عدا أنك قمت بعمله بالفعل دون أن أعلمك . إذاً كيف توقفت عن البكاء ، شاعرة أنك غير محبوبة ، ولا يوجد من يهتم بك ، تبكين وتنشجين، كيف خرجت من هذا لتقررى إيذاء نفسك ، بدلاً من الذهاب إلى النوم مثلاً؟

ع : لأننى شعرت بالغضب وقتها ، وقلت « اللعنة على كل هذا الهراء ، سأريهم »

م : هل توقفت عن البكاء قبل شعورك بالغضب ، أم أن شعورك بالغضب هوالذى جعلك تتوقفين عن البكاء ؟

ع : أعتقد أن شعورى بالغضب هوالذى جعلنى أتوقف عن البكاء .

م : إذاً فقد أصبحت نشطة ، لذا لابد أنك كنت تتأملين خلال رقادك مفكرة ، ما الذى كنت تفكرين فيه ؟

ع : لقد ظللت فترة طويلة أفكر فى حاجتى لشخص ما يعتنى بى .

م : (همهمة) مشاعر مبررة تماماً ، ومنطقية للغاية . ربما كان عليك أن تفعلى شيئاً مختلفاً وقتها . ما الذى كان سيحدث إذا كنت قد طلبت من الممرضة أن تبقى معك ، وتتحدث إليك وتمسك يدك بين يديها ؟

أحد الاهداف العامة للتحليل السلوكى هو وضع خريطة طريق عامة للكيفية التى يصل بها العميل إلى الاستجابات غير التوافقية ، موضحا بها المسارات الممكنة البديلة . وهنا سعت المعالجة لوضع تقاطعات فى الخريطة حيثما يمكن أن توجد استجابات بديلة أمام العميلة .

ع : ليس لديهم وقت ليفعلوا ذلك .

م : ليس لديهم وقت ؟ هل تعتقدين أن ذلك يمكن أن يفيد ؟

ع : لا أعرف ، لم يكن فى استطاعتها مساعدتى .

م : كان يمكنها جعلك تشعرين أن هناك من يهتم بك . هذا نوع من الرعاية يمكن عمله .

ع : نعم ، ولكنى أعتقد أنه لم يكن ليفيد .

م : ما الذى كان يمكن أن يفيد ؟

ع : حصولى على مسكن للألم .

م : لقد فكرت أنك ستقولين ذلك . أنت تفكرين بطريقة واحدة . والآن اسمعى ، لقد تمكنت من معرفة شيء أخر يساعدك ؛ لأنه لا يمكن أن يكون لا شيء اخر يجدى . ليست هذه هى الطريقة التى تعمل بها الدنيا من أجلك ، هناك الكثير من الطرق للوصول إلى أى مكان ، ونحن نجرى جميعًا متدافعين فى الطريق ، والحياة مثل السير عبر مسار ، وكما تعلمين نجرى فيه جميعا متدافعين ، ولكن الواقع أن هناك مسارات أخرى للأماكن ، وبالنسبة لك فالواقع أن الألم الذى فى ركبتك ليس هو المشكلة ، إنما المشكلة فى شعورك أنك لا تلاقين الرعاية ، وهو شعور ربما يعمل بشكل ما على إثارة غضبك ، أو هو شعور أن الناس الاخرين لا يحترمونك ، شعور بأنك غير مصدقة .

ع : نعم .

م : فكرى ، السؤال هو : هل هناك أية طريق أخرى يمكنك اللجوء إليها؛ لتشعرى أنك مصدقة ، وموضع رعاية بدلاً من أن يعطيك الأخرين هذه المشاعر ؟

ع : لا .

م : والآن هل هذا نهائى ، مثل : « لن » أسمح بوجود أى طريقة أخرى ، أو أنك

ستتركين الباب مفتوحاً قليلاً ، وتقولى مثلاً ، لا أستطيع التفكير فى طريقة أخرى ، ولكننى منفتحة على الاحتمالات الأخرى ،.

ع : لا أعتقد أن هناك طريقة أخرى .

م : هل يعنى هذا أنك لست مستعدة حتى لتعلم طريقة جديدة ؟

ع : مثل ماذا ؟

م : لا أعرف ، علينا أن نكتشف هذه الطريقة ، فكرى ، إن ما أعتقد أنه يحدث هو أنك عندما تكونين فى ألم شديد ، فإنك تشعرين إما أنك لا تحصلين على الرعاية ،أو أن الآخرين لا يأخذونك بجدية ، وهذا هو ما يجعلك تقومين بإيذاء نفسك ، وترغبين أيضًا فى الموت . والمشكلة التى يجب علينا أن نجد لها حلاً هى كيف تصبحين فى موقف تشعرين أنه غير عادل دون أن تقومى بإيذاء نفسك لحل هذا الموقف. هل أنت منفتحة على هذا ؟

ع : نعم .

كما أوضحنا من قبل ، فإن التحليل السلوكى دائمًا ما يكون موجعًا ، ويتطلب عمليات متعددة ، لكل من المعالج والعميل . ودائمًا ما يشعر المعالجون بانخفاض معنوياتهم وبأغراء تجاهل القيام بالمجهود المطلوب. وعلى الرغم من ذلك فبالتحليل المتكرر ، يتعلم العملاء أن معالجهم لن يتراجع ، ويؤدى مثل هذا الإصرار من المعالج إلى إخماد رفض العميل محاولة القيام بسلوك جديد وتوافقى لحل المشكلات . وحيث يكتسب العملاء مهارات سلوكية جديدة بشكل متزايد ، وكذلك تعلم محاولات أكثر فعالية لحل المشكلات ، تجعلهم أكثر فطنة بعد ذلك .

وفى الجلسة التالية (التى جرت بعد حوالى عشرة أشهر من العلاج) ، جاءت العميلة مرتدية نظارة شمسية عاكسة (مرة أخرى) وغاضبة ، لأن وكالات التحصيل * كانت مصرة على الضغط عليها لدفع متأخراتها ؛ بالإضافة إلى أن معالجتها كانت خارج المدينة لمدة أسبوع . وكان الهدف من الجلسة هوالتحكم فى الانفعالات ، وتحسين كفاءة التفاعلات . وكانت الاستراتيجيات المستخدمة ، هى : الجدلية (المجاز) ، والتصديق (التشجيع) ، وحل المشكلات

* شركات تقوم بتحصيل المستحقات ، التي يتأخر العملاء في سدادها للجهات المختلفة (المترجم).

(توضيح وتقدير الاحتمالات) ، والتنميط (التواصل المتبادل، والتواصل الخشن) ، والتكامل (تعزيز العلاقات) . واستخدمت المعالجة فى الفقرة الأولى التالية التشجيع ، وتوضيح الاحتمالات وتقديرها لتشكيل السلوك بجعل العميلة تخلع نظاراتها الشمسية ، وأن تعبر عن غضبها .

م : ليست كارثة أن يتصرف معك المحصل بهذه الطريقة ، وليست كارثة أيضاً أن تثورى عليه . إن ذلك يجعل حياتك أكثر صعوبة ، ولكنك تستطيعين تدبر ذلك ، وتستطيعين التغلب على ذلك ، وهو ليس بالشيء الكثير الذى لا تستطيعين التغلب عليه . وأنت إمرأة قوية فى الحقيقة . وقوتك فى داخلك ، ولكن عليك ممارسة هذه القوة ، وأنا على استعداد لمساعدتك ، ولكننى لا أستطيع القيام بذلك بمفردى ، عليك بالعمل معى .

ع : كيف ؟

م : حسناً ، بخلع نظارتك كبداية .

بدأت المعالجة الحوار من خلال محاولة توضيح قضية (« أنها ليست كارثة .. ») مصدقة العميلة (« أنها تجعل حياتك أكثر صعوبة ... ») ومشجعة لها (« تستطيعى تدبر ذلك ، تستطيعين التغلب على ذلك ... أنت امرأة قوية فى الحقيقة ... ») ثم انتقلت المعالجة بعد ذلك لتوضيح الاحتمالات بالإشارة إلى أن مساعدتها للعميلة مشروطة برغبة العميلة فى العمل معها، وقد أعقبت المعالجة ذلك بطلب فورى لاستجابة سلوكية من العميلة .

ع : أعرف أنك كنت ستقولين ذك .

م : وأنا أعرف أنك تعرفين أننى سأقول ذلك .

ع : النظارة الشمسمية أكبر مشكلاتك على ما أعتقد .

م : حسناً ، كيف ترغبين فى رؤية نفسك ، وأنت تتحدثين إلى شخص ما (صمت طويل)، النظارة تجعل ذلك أمراً صعباً ، أعتقد أنها تجعل الامر أشق عليك ، أعتقد أنك تتصرفين بشكل أفضل عندما لاتضعين هذه النظارة ، إنها بمثابة خطوة ، ستكونين أفضل دائما عندما تخلعينها ، وستشعرين عندما تفعلين ذلك أنك أفضل حالاً ، لقد لاحظت ذلك (صمت طويل) لهذا عليك عمل ذلك ، عليك خلع نظارتك ، وعندها سنبدأ فى حل مشكلة كيف تتغلبين على

المشكلات عندما تكونى غاضبة . ليس هناك شيء غريب فى هذا، هناك شيء حدث فى حياتك جعلها كذلك ؛ لهذا فأنت خائفة من أن تكونى غاضبة ، عليك أن تتعاملى على الفور مع هذا ، أنت وأنامعًا . إنها مجرد مشكلة يجب حلها، إنها ليست كارثة ، وليست أسوأ شيء ، يمكن أن يرتكبه شخص فى حياته ، مجرد مشكلة تعانين منها ، وعلينا أن نعمل معاً على حلها . نحن نشكل معاً فريق لحل المشكلات (صمت) .

ع : (تخلع نظارتها) ، حسناً .

م : أشكرك ، أنا أعرف أن هذه خطوة كبيرة بالنسبة لك .

استخدمت المعالجة التواصل المتبادل ، لتعبر للعميلة عن مشاعرها نحو النظارة الشمسية . لاحظ الاتجاه الواقعي الذى أتخذته المعالجة ومحاولتها المستمرة لجعل المشكلة أمراً عادياً (بمعنى ،، لا يوجد شيء غريب فى ذلك... ليس هذا أسوأ شيء يمكن أن يرتكبه شخص ما فى حياته ،) ، لاحظ أيضاً صياغة القضية باعتبارها مشكلة يتعين حلها ، وكذلك استخدام المعالجة استراتيجية العلاقة لتعزيز التحالف العلاجي . وقد أشارت المعالجة أيضًا لتصديقها للعميلة بجعلها تعرف أنها تدرك أن ذلك أمر صعب .

م : هيا ، الآن ، أريدك أن تنظرى بداخلك وتجدين الحل ، أنا أعرف أنه موجود لديك، أعرف أنك تستطيعين القيام بذلك . ليس فى مقدورك الاستسلام الآن، لا تستطيعى جعل قدمك تتزحزح ، استمرى . عليك مجرد أن تعبرى لى مباشرة عن ما تشعرين به . أنت غاضبة من نفسك ، وغاضبة من وكالة التحصيل ، وغاضبة منى للغاية (صمت طويل) .

ع : (بصوب خافت للغاية) أنا غاضبة منك ، ومن نفسى ، ومن وكالة التحصيل.

مازالت المعالجة تعول على التشجيع والمديح حيث استمرت فى مساعدة العميلة فى محاولة منها لجعلها تعبر بشكل مباشر عن غضبها .

م : حسنًا ، هل قتلك ذلك ؟ (صمت طويل) هذا عظيم ، هل هذا أمر صعب ؟ (صمت طويل) لقد كان صعباً ، أليس كذلك ؟ والآن قوليها بقدر أكبر قليلاً من القوة ، هل تستطيعين قول ذلك ببعض النشاط ؟

ع : (تهز رأسها ، لا) ؟

م : نعم تستطيعين ، أعرف أنك تشعرين بذلك ، لدى شعور طيب نحو قوتك الشخصية . لا أعرف كيف حصلت على هذا الشعور الطيب، ولكنه لدى. وأعرف أنك تستطيعين القيام بذلك ، وأنت فى حاجة للقيام بذلك ، أنت فى حاجة لتقولى ذلك بقدر من النشاط، عبرى عن مقدار غضبك ، ليس عليك أن تبكى أو أن تصرخى ، أو تقذفى الأشياء . فقط قولى بصوت عالٍ « أنا غاضبة» (صمت طويل) تستطيعين الصراخ بالطبع إذا أردت ، يمكنك أن تقولى « أنا غاضبة » .

ع : هل هذا هوالأمر ، هل هوكل مايجب علىَّ أن أفعله ؟

م : اسمعى ، عليك المخاطرة بذلك ، ولن تذهبى لأبعد من ذلك ، أو أكثر من ذلك، أنت مثل شخص يتسلق جبلاً . وقد وصلنا فى صعودنا إلى هذا الصدع فى الجبل ، وهو صدع عميق للغاية ، ولكننا لا نستطيع التراجع ، لأن هناك كتلة صخرية تعوقنا ، والطريقة الوحيد بالنسبة لك هى القفز فوق هذا الصدع. فى مقدورك أن تفعلى هذا، أخبرينى ما مقدار غضبك ، بطريقة أستطيع بها فهم مقدار ما تشعرين به.

ع : (صمت طويل) . لا أستطيع عمل أى شىء من هذا .

م : هذا كلام فارغ .

ع : تريديننى أن أعبر عن غضبى منك ؟ اليس كذلك ؟

م : لا يهمنى ممن أنت غاضبة . ولكننى أعتقد أنك غاضبة بالفعل، كل ما أريده أن تعبرى عن هذا الغضب ، لن أ طلب منك شيئًا أخر اليوم . وبالمناسبة لقد توصلت إلى أن الشىء الوحيد الذى يجب عليك القيام به هو أن تقولى « أنا غاضبة » بصوت يبدو فيه الغضب ، اعتقد أنك قادرة على ذلك ، وسأغضب إذا لم تفعلى ذلك . لا أظن أننى سأكون غاضبة ، ولكن يجب أن أغضب . موافقة ؟ أستطيع أن أغضب وتستطيعى أن تغضبى ، ويمكننا أن نكون غاضبين فى بعض الأحيان. ولن يؤدى ذلك إلى مقتل أى منا .

لم ينجح التشجيع أو المجاز فى جعل العميلة تعبر عن غضبها بقوة أكبر، وبالتالى انتقلت المعالجة إلى استخدام التواصل الخشن فى محاولة منها لجعل العميلة تقفز متجاوزة حالتها. لاحظ أيضًا كيف أوضحت المعالجة للعميلة المترتبات السلبية المحتملة لمواصلتها رفض التعبير عن غضبها (بمعنى : « يجب

أن أغضب ...،) ، وقد استخدمت المعالجة العلاقة بهذا الأسلوب مرجحة تشجيع العميلة على التغير .

م : حسناً ، ما مقدار غضبك ؟ على مقياس من صفر إلى ١٠٠ ما مقداره ؟ ١٠٠ درجة تعنى أنك على استعداد لارتكاب جريمة قتل ، وأنك شديدة التحفز ، ويمكنك الاشتباك فى قتال إذا أمكنك .

ع : (بصوت مسموع بالكاد) ربما ١٠٠

م : حقيقة ؟

ع : كانوا يعرفون حالتى

م : (همهمة)

ع : كانوا مصرين

م : (همهمة ، سكون) من يمكنه ألا يغضب ، أنت أنا أم وكالة التحصيل؟

ع : وكالة التحصيل .

م : أخبرينى إذاً ما مقدار غضبك ، لست فى حاجة لجعله شديداً حتى درجة ١٠٠، أجعليه شديدا بدرجة ٥٠

ع : حقيقة ، لقد أهانونى (مستخدمة صوتاً غاضباً مرتفعاً)

م : حسنا ، عليهم اللعنة ، لقد أهانونى أنا أيضاً (تضرب المائدة بقبضتها)

كما يتضح من خلال هذا الحوار ، فإن إحدى الصعوبات الأولية فى العمل مع العملاء البينيين هى ميلهم الشائع لرفض الانخراط فى عمل سلوكى، وبالتالى فمن الضرورى بشكل مطلق أن يواصل المعالجين الإصرار ، وألا يستسلموا فى وجه عبارة عملائهم ، لا أستطيع ، ، وينجح استخدام التواصل الخشن فى مثل هذه المواقف فى توفير مخرج ، وجعل العميل يذعن .

بيانات بحثية

على الرغم من أنه من الشائع ، حتى بين المعالجين أصحاب التوجهات البيولوجية، أفتراض أن التدخلات النفسية الاجتماعية من أنواع معينة ضرورية فى علاج البينيين . إلا أنه لم تجر حتى الآن أية دراسات لتقييم النتائج العلاجية ،

تختبر كفاة علاج هذه المجموعة المرضية . وبخلاف الدراسات الخاصة بالعلاج الجدلى السلوكى ، فالاستثناء الوحيد والذى لم ينشر بعد هو المحاولات ، التى قام بها تيرنر (Turner (1992 ، والتى أشارت إلى فعالية توليفته المكونة من علاج دينامى سلوكى معرفى ، والدراسات المعروفة التى أجراها مارزيالى ومونرو - بلوم & Munroe - Blum & Marziali, 1989; Clarkin, marziali) (Munroe- Blum, 1991) والتى تشير إلى تفوق علاجهم النفسى الدينامى الجمعى مقارنة بالعلاج الفردى المعتاد فى المجتمع .

نشرت لينهان وسواريز والمون وهيرد ,Linehan, Armstrong , Suarez (Allmon, and Heard (1991 حديثاً نتائج دراسة أكلينيكية عشوائية للعلاج الجدلى السلوكى ، تمت فيها المقارنة بينه وبين العلاج المعتاد لعدد ٤٤ أمرأة مضطربة من البينيات صاحبات المحاولات الانتحارية ، ممن استوفين محكات الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل ، ومحك جوندرسن Gunderson) (1984 لاضطراب الشخصية البينية . وقد أستمر العلاج لمدة عام مع تقييم متسمر كل أربعة أشهر ، وفى كل مرحلة تقييمية ، وبعد انتهاء العلاج أظهر العملاء الذين تلقوا علاجاً جدلياً سلوكياً مؤشرات على محاولات أنتحارية أقل ، وعدد أقل من محاولات الانتحار باستخدام العقاقير . كما قلت مرات إقامتهم فى المستشفيات النفسية كثيرا (١٦,٧ ٪) ، مقارنة بالمفحوصين الذين تلقوا علاجا معتادا ، وقد أجريت الدراسة على مرحلتين بعدد متساوى تقريبًا من المفحوصين فى كل منهما، وأضيف التحليل الخاص بالمرحلة الثانية ,Linehan, Tutek, & Heard) (1992 ، وحيث تضمنت البطارية عدداً من المقاييس الإضافية لتقييم النتائج ،

وقد أشارت النتائج إلى أن المفحوصين الذين كانوا فى مجموعة العلاج الجدلى السلوكى أظهروا أيضاً قدراً جوهرياً من الغضب ، والتوافق الاجتماعى، وأداءً أفضل فى العمل ، وعدداً أقل من التأملات القلقة ، مقارنة بمن تلقوا علاجاً معتاداً ، وقد قيموا فى مقابلات شخصية باعتبارهم متوافقين اجتماعيا بقدر أكبر ، وأقل حدة فى اضطرابهم على مقياس الأداء الإجمالى (١) ,Endicott, Spitzer) (Fleiss, & Cohen, 1976 ، وقد استمر تفوق العلاج الجدلى السلوكى على العلاج المعتاد بصفة عامة على أمتداد فترات المتابعة بعد ستة أشهر ، ١٢ شهراً

(1) Global Assessment Scale

(Linehan, Heard, & Armstrong, 1992) ، وتوحى النتائج النهائية أن العلاج الجدلى السلوكى علاج فعال وواعد للبينيين المزمنين لمحاولات الانتحار من حيث خفض السلوك شبه الانتحارى ، واستمرار العملاء فى العلاج على وجه الخصوص .

شـــكر

كتب هذا الفصل بدعم من المعهد القومى للصحة العقلية (١) فى بيتسيدا، ميرلاند ، بالمنحة رقم MH34486 للمؤلفه الأولى ، وقد أخذت بعض أجزاء هذا الفصل من لينيهان Linehan (1993 a) ولينيهان وكورنر Linehan and Koerner (1992) وكورنر ولينيهان Koerner and Linehan (1992) .

ملحوظات

(١) فى الفترة بين كتابة تاريخ هذه الحالة ونشرها ، وعند الشهر الرابع عشر من العلاج توفيت سندى نتيجة تعاطى جرعة زائدة من وصفة طبية بالإضافة إلى تعطيها الكحول . وجاء تهورها الفورى أثر مكالمة تليفونية لزوجها الذى هجرها ، وحيث اكتشفت من خلالها أن امرأة أخرى تعيش معه ، وكما أخبرت معالجتها فى مكالمة تليفونية فى اليوم التالى ، أن أملها الذى لم تعبر عنه كان أن يعودا لبعضهما فى يوم ما ، أو أن يصبحا على الأقل صديقين حميمين قد تبدد ، وقد عاودت الاتصال فى تلك الليلة ، وقالت وهى تبكى أنها شربت على الفور نصف خمسينة كحول . وكان قد سبق أن ظهرت هذه المؤشرات على الشراب من قبل عدة مرات ، وكانت منهوكة المعنويات خلال المكالمة التليفونية ، واستخدمت المعالجة معها أساليب التدخل فى الأزمات لتمكنها من اجتياز هذه الليلة ، وأن حل المشكلات سيساعدها بالتأكيد على الحياة دون زوجها ، كل ذلك إلى أن يحين موعد جلستها فى اليوم التالى . وكانت زميلتها فى السكن موجودة معها ، ووافقت على التحدث إليها ، وأن يشاهدا فيلم فى التليفزيون معا ثم يناما ، (إلا أن خططها التى وضعتها كانت قد تبددت) وقد ذكرت أنها على الرغم من شعورها بالرغبة فى الانتحار، إلا أنها ستتوقف عن الشراب ، ولن تقوم بأى تصرف يتضمن تدميرا للذات حتى يحين موعد لقائها بالمعالجة . وقد طلبت منها المعالجة أن تتصل بها مرة أخرى فى الليله نفسها إذا رغبت فى الحديث مرة

(1) National Institute of Mental Health

ثانية . وعندما لم تحضر سندى فى اليوم التالى فى موعدها، اتصلت المعالجة ببيتها فى الوقت نفسه الذى اكتشفت فيه رفيقتها فى المسكن أنها ماتت ، وكانت لا تزال فى فراشها منذ اليوم السابق .

وعند هذه النقطة ، واجه المعالجة عدداً من المهام : فقد اتصلت ببقية المعالجين الذين شاركوا فى علاج العميلة لإعلامهم بما حدث ، والتحدث مع مستشار قانونى لمراجعة حدود الثقة فى العلاج عندما ماتت العميلة . وما أن أخطرت العائلة (الوالدين والزوج) حتى طلبت المعالجة كل منهم لتقدم له عزاءها ، وطلبت المعالجة (وهى المعالج الرئيسى والمشرفة على الفريق العلاجى) فى اليوم التالى عقد اجتماع لمناقشة هذا الانتحار. وكان من المهم على وجه الخصوص إبلاغ المعالجين الفرديين الثلاثة ، الذين شاركوا فى التدريب الجماعى على المهارات . كما أبلغ المعالجون أفراد المجموعة بانتحار ساندى. وعلى الرغم من ذلك ، وخلال دقائق من بدء الجلسة التالية للمجموعة، أصبحت اثنتين من أفراد المجموعة انتحاريتين بصورة خطيرة ، وتعين إدخال أحداهن إلى المستشفى (وبنهاية الاسبوع الثالث بعد حادثة الانتحار، استعادت الاثنتان تماسكهما مرة أخرى) ، واستغلت واحدة ثالثة من المجموعة هذه الفرصة لتترك العلاج الجدلى السلوكى وتتحول لمعالج أخر . ولا يجوز القول أن كل ذلك يؤكد العلاج ، وفى الأيام والاسابيع التى تلت الانتحار، حضرت المعالجة الجنازة وتقابلت مع رفيقة ساندى فى السكن ووالديها .

ما الذى يمكن تعلمه من هذا الانتحار ؟

أولاً ، من المهم ملاحظة أنه حتى عندما يكون هناك التزام تام بالبرنامج العلاجى ، إلا أن ذلك قد لا ينقذ العميل . وحتى العلاج الفعال يمكن أن يفشل فى النهاية . وفى هذه الحالة فشل العلاج الجدلى السلوكى . إلا أن هذا لا يعنى أن التحسن الذى حدث لم يكن مهما أو لم يكن حقيقيًا . ومناقشة هذه الكبوة يبين أن العميلة كانت قادرة على التوصل فى نهاية الأمر إلى مستوى جيد للحياة . وعلى الرغم من ذلك لايمكن استبعاد المخاطر ، لمجرد أن الفرد يحقق تقدما جوهريا . ولم تعتقد المعالجة بالنسبة لهذه الحالة أن العميلة كانت فى خطر الانتحار الفورى بدرجة أكبر من المعتاد خلال المكالمة التليفونية ، واتساقاً مع عديد من المكالمات التليفونية السابقة وجلسات العلاج التى بكت فيها العميلة ذاكرة أنها لن تكون

قادرة على التماسك ، وأن العميلة وضعت خلال المكالمة التليفونية خططاً للأمسية، ووافقت عن التوقف عن الشراب، وعلى عدم القيام بسلوك انتحارى أوتدميرى للذات ، بدأ للمعالجة (وكذلك لرفيقتها فى السكن) أنها فى روح معنوية أفضل بعد المكالمة التليفونية . وكانت رفيقتها في السكن معها ومتاحة لتقديم أى مساعدة . ولهذا لم تتخذ المعالجة أى إجراء أكثر من المعتاد في تلك الأمسية لمنع الانتحار. والواقع أن المشكلة السلوكية التى جرى التركيز عليها خلال المحادثة التليفونية كانت شرب الكحول ، والمعالجة هى التى أثارت موضوع الانتحار فى سياق قيامها بتقييم احتمالات الخطر . هل كان فى مقدور المعالجة أن تعرف ؟ (ربما) لو كانت المعالجة قد أعطت مزيداً من الاهتمام للتهور ، واهتمام أقل بالانفعال الذى عبرت عنه فى نهاية المكالمة . وقد لاحظت المعالجة خلال مراجعة الملحوظات عن العميلة أن كل المحاولات السابقة الأكثر قرباً للموت ، كانت ناتجة عن اعتقاد العميلة أن علاقتها مع زوجها قد انتهت بصورة لايمكن إصلاحها . وعلى الرغم من أن العميلة كانت تستطيع تحمل فقدانها لزوجها ، إلا أنها لم تكن تستطيع تحمل فقدان كل أمل فى الإصلاح فى وقت ما ، حتى بعد سنوات كثيرة تالية . ولو كانت المعالجة قد ربطت بين هاتين الفكرتين (الفقدان الكامل للأمل ومحاولة الانتحار) ، لربما كانت قادرة على العمل بصورة أفضل مع العميلة ، أثناء عودة ظهور هذه الأزمة فيما بعد في ليلة انتحارها . وقيمة إجراء تحليلات سلوكية شاملة وتنظيمها فى نمط متماسك ، يبرز بشكل شديد الوضوح فى هذه الحالة .

ثانيًا ، بعد عمل وقول كل شيء ، فإن الشخص البينى يجب أن يكون قادراً تمامًا ومستعداً لتحمل أكثر الآلام غير المحتملة في حياته ، حتى يصبح لدى العلاج فرصة للوصول إلى فرق دائم ، والمعالج غير قادر على الإطلاق على إنقاذ العميل ، العميل فقط هو القادر على ذلك ، وحتى عندما تحدث أخطاء ، فإن على المعالج أن يثابر على الرغم من ذلك . وقد أنتهكت في برنامج العلاج الجدلى السلوكى فى هذه الحالة قاعدة « لا عقاقير قاتلة للأشخاص الإنتحاريين » ، حتى ولو لم يكن لدى العميلة تاريخ سابق لمحاولات انتحار مميتة باستخدام جرعات زائدة .

لماذا لم يؤكد البرنامج العلاجى ذلك ؟ أولاً لسببين :

(١) جاءت العميلة للعلاج باعتقاد قوى أن العلاج الطبى الذى تسير عليه جوهرى لاستمرار حياتها ، وكانت أية محاولات من جانب المعالجة للتدخل فى أدويتها ستقابل بمقاومة شديدة للغاية . وعلى الرغم من أنها كانت تتعاطى جرعات صغيرة ، إلا أن البديل الوحيد الآمن كان يجب أن يكون تحمل الشخص الذى تقيم معه (زوجها أولاً ثم رفيقتها فى السكن) مسئولية إعطائها جرعات الدواء ، وهو ما عارضته العميلة أيضًا . يضاف إلى ذلك تعرض برنامج ، لا أدوية مميتة فى العلاج الجدلى السلوكى ، لنقد المهنيين المستمر فى الصحة العقلية ،والذين يعتقدون أن العقاقير النفسية علاج مفضل للأفراد الانتحاريين . وفى مواجهة مقاومة المهنيين والعميلة لهذه السياسة لانت المعالجة .

(٢) كان السلوك المميت للعميلة خلال العلاج متسقًا من حيث أنه يأخذ شكل جرح نفسها أو تمزيق جسمها . وبالتالى فإن استخدامها للعقاقير فى الانتحار لم يكن أمراً محتملاً ، وقد سمحت المعالجة لنفسها بإحساس زائف بالأمان بالنظر إلى العقاقير .

ثالثاً ، أن انتحار فرد ما يتضمن توتراً يفوق المعتاد بالنسبة للعملاء البينيين أثناء العلاج الجماعى . وعلى الرغم من سهولة الاعتقاد أن التحالف غير قوى فى مجموعات التعليم النفسى والتدريب على المهارات السلوكية ، إلا أن خبرتنا تشير إلى غير ذلك ، فانتحار أحد أفراد المجموعة يعد كارثة ، ويمكن أن يؤدى إلى عدوى لمحاولات الإنتحار ، وانتحار فعلى ، وفشل فى العلاج . وبالتالى فهناك حاجة لقدر متطرف من العناية فى إدارة اجتماعات الجماعة لفترة من الوقت بعد وقوع انتحار .

وهناك حاجة لقدر مماثل من العناية بفريق العلاج ؛ حيث ينقطع حبل الأمل الذى يحمى المعالجين فى مواجهة مهمة مثبطة للهمم كهذه تجهد الشخص. ومن المهم أن تكون هناك مشاركة وقبول لردود الفعل الشخصية للمعالجين ، وتعرضهم لفترة من الحزن و الألم .

ولا يعد الخوف من المسئولية القانونية من الأمور البعيدة على الإطلاق عن الموقف ، ويتعين مواجهته بصورة مباشرة . وتبدو الاستشارة القانونية ضرورية هنا . ويتعين فى الوقت نفسه قيام المعالج بمراجعة دقيقة للحالة ؛ حتى لو كان ذلك لمجرد تحسين العلاج فى المستقبل .

REFERENCES

Adler, G. (1981). The borderline - narcissistic personality disorder continuum. *American Journal of Psychiatry, 138,* 46 - 50.

Adler, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment.* New York: Aronoson.

Adler, G., & Buie, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 60,* 83 - 96.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3 / 1 / 93..* Washington, DC: Author.

Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders.* New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review, 81,* 392 - 425.

Benjamin, L. S. (1979). Structural analysis of differentiation failure. *Psychiatry, 42,* 1 - 23.

Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders.* New York: Guilford Press.

Bryer, J. B., Nelson, B. A., Meller, J. B., & Kroll, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry, 144,* 1426 - 1430.

Buie, D. H., & Adler, G. (1982). Definitive treatment of the borderline personality, *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 9,* 51 - 87.

Clarkin, J. F., Marziali, E., & Munroe-Blum, H. (1991). Group and family treatments for borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry, 42,* 1038 - 1043.

Clarkin, J. F., Widiger, T. A., Frances, A. J., Hurt, S. W., & Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology. 92,* 263 - 275.

Cowdry, R. W., & Gardner, D. L. (1988). Pharmaco-therapy of borderline personality disorder: Alprazolam, Carbamzepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. *Archives of General Psychiatry, 45,* 111 - 119.

Cowdry, R. W., Pickar, D., & Davies, R. (1985). Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome *International Journal of Psychiatry and Medicine, 15,* 202 - 211.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion*

in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational- emotive approach.* New York: Julian Press.

Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry, 33,* 766 - 771.

Faltus, F. (1984). The positive effect of alprazolam in the treatment of three patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 141,* 802 - 803.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psycholoical Bulletin, 99,* 20 - 35.

Foa, E. B., Steketee, G., & Grayson, J. B. (1985). Imaginal and in vivo exposure: A comparison with obesesive-compulsive checkers. *Behavior Therapy, 16,* 292 - 302.

Frances, A., Fyer, M., & Clarkin, J. F. (1986). Personality and suicide. *Annals of the New York Academy of Siences. 487,* 281 - 293.

Gardner, D. L., & Cowdry, R. W. (1986). Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 143,* 519 - 522.

Gardner, D. L., & Cowdry, R. W. (1986). Pharmaco-therapy of borderline personality disorder: A erview. *Psychopharmacology Bulletin, 25,* 515 - 523.

Golbderg, C. (1980). The utilization and limitations of paradoxical intervention in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 30,* 287 - 297.

Gottman, J. M., & Katz, L. F. (1990). Effects of marital discord on young children's peer interaction and health. *Developmental Psychology, 25,* 373 - 381.

Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gunderson, J. G., & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry, 135,* 792 - 796.

Gunderson, J. G., Kolb, J. E. , & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderlines. *American Journal of Psychiatry, 138,* 896 - 903.

Herman, J. L. (1986). Histories of violence in an outpatient population. *American Journal of Orthopsychiatry, 56,* 137 - 141.

Herman, J. L., Perry, J. C., van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 146,* 490 - 495.

Hollandsworth, J. G., Jr. (1990). *The*

physiology of psychological disorders. New York: Plenum Press.

Kegan, R. (1982). *The evolving self: Problem and process in human devlopment.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological norcissism.* New York: Aronson.

Kernberg. O. F. (1984) *Severe personality disorders.* New Haven, CT: Yale University Press.

Kernberg, O. F., Burstein, E., Coyne, L., Appelbaum, A., Horwitz, L., & Voth, H. (1972). Psychotherpy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic, 36,* 1 - 275.

Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients.* New York: Basic Books.

Koerner, K., & Linehan, M. (1992). Integrative therapy for borderline personality disorder: Dialectical behavior therapy. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried, (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 433 - 459). New York: Basic Books.

Kohlenberg, R. J,. & Tsai, Mavis (1991). *Functional analytic psychotherapy.* New York: Plenum Press.

Kyokai, B. D. (1966). *The teachings of buddha.* Tokyo, Japan: Author.

Linehan, M. M. (1987a). Dialectical behavior therapy: A cognitive-behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders, 1,* 328 - 333.

Linehan, M. M. (1987b). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic, 51,* 261 - 276.

Linehan, M. M. (1989). Cognitive and behavior therapy for borderline personality disorder. In A. Tasman, R. E. Hales, & A. J. Frances (Eds.), *Review of psychiatry* (pp. 84 - 102). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Linehan, M. M. (1993a).*Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Linehan, M. M, Armstrong. H. E., Suarez. A., Allmon. D., & Heard. H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry. 48,* 1060 - 1064.

Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1992). *Naturalistic follow-up of a be-*

havioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. Unpublished manuscript, University of Washington, Seattle, WA.

Linehan, M. M., & Koerner, K. (1992). A behavioral theory of borderline personality disorder. In J. Paris (Ed.), *Borderline personality disorder: Etiology and Treatment* (pp. 103 - 121). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Linehan, M. M., Tutek, D., & Heard, H. L. (1992, November). *Interpersonal and social treatment outcomes for borderline personality disorder.* Poster presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.

Links, P. S., Steiner, M., Boiago, I., & Irwin, D. (1990). Lithium therapy for borderline patients: Preliminary findings.*Journal of Personality Disorders, 4,* 173 - 181.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.), (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* New York: Guilford Press.

Marziali, E. A., & Munroe-Blum, H. (1987). A group approach: the management of projective identification in group treatment of self-destructive borderline patients. *Journal of Personality Disorders, 1,* 340 - 343.

Masterson, J. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult.* New York: Brunner / Mazel.

Masterson, J. (1981). *The narcissistic and borderline disorders.* New York: Brunner / Mazel.

Millon, T. (1987). On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: A social learning thesis. *Journal of Personality Disorders, 1,* 354 - 372.

Munroe-Blum, H., & Marziali, E. (1987). *Randomized clinical trial of relationship management time-limited group treatment of borderline personality disorder* Unpublished manuscript, Ontario Mental Health Foundation, Hamilton, Ontario.

Munroe-Blum, H., & Marziali, E. (1989). *Continuation of a randomized control trial of group treatment for borderline personality disorder.* Unpublished manuscipt, Canadian Department of Health and Human Services, Hamilton, Ontario.

Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry, 28,* 530 - 535.

Parsons, B., Quitkin, F. M., McGrah, P. J., Stewart, J. W., Tricamo, E., Ocepek-Welikson, K., Harrison, W., Rabkin, J. G., Wager, S. G., & Nunes, E. (1989). Phenelzine, imipramine, and placebo in borderline patients meeting criteria for atypical depression. *Psychopharmacology Bulletin, 25,* 524 - 534.

Pretzer, J. (1990). Borderline personality disorder. In A Freeman, J. Pretzer, B. Fleming, & K. M. Simon, (Eds.), *Clinical applications of cognitive therapy* (pp. 181 - 202).New York: Plenum Press.

Reiser, D. E., & Levenson, H. (1984). Abuses of the borderline diagnosis: A clinical problem with teaching opportunities.*American Journal of Psychiatry, 141,* 1528 - 1532.

Rinsley, D. (1982). *Borderline and other self disorders.* New York: Aronson.

Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1989). Dialectics and behavior therapy: A meta-paradoxical approach to the treatment of borderline personality disorder. In L. M. Ascher (Ed.), *The therapeutic paradox* (pp. 255 - 288). New York: Guilford.

Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Therapy.*

Soloff, P. H., George, A., Nathan, R. S., Schulz, P. M., Cornelius, J. R., Herring, J., & Perel, J. M. (1989). Amitriptylin versus haloperidol in borderlines: Final outcomes and predictors of response. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 9,* 238 - 246.

Stone, M. H., Stone, D. K., & Hurt, S. W. (1987). Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. *Psychiatric Clinics of North America, 10,* 185 - 206.

Turner, R. M. (1984, November). *Assessment and treatment of borderline personality disorders.* Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Philadlphia, PA.

Turner, R. M. (1989). Case study evaluations of a biocognitive-behavioral approch for the treatment of borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 20,* 477 - 489.

Turner, R. M. (1992). *An empirical investigation of the utility of psychodynamic techniques in the practice of cogintive behavior therapy.* Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.

Turner, R. M., & Hersen, M. (1981). Disorders of social behavior: A behavioal approach to personality disorders. In S. M. Turner, K. S. Calhoun, & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (pp. 103 - 123). New York: Wiley.

Tutek, D. A., & Linehan, M. M. (1993). Comparative treatments for borderline personality disorder: Theory and research. In T. R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 355 - 378).New York: Plenum Press.

Wagner, A. W., Linehan. M. M., & Wasson, E. J. (1989, November). *Parasuicide: Character-*

istics and relationship to childhood sexual abuse. Poster presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.

Waldinger, R. J., & Gunderson, J. G. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy, 38,* 1, 90 - 201.

Webster, M. (1983). *New universal unabridged dictionary.* Cleveland, OH: Ohio: Dorset and Baber.

Whitaker, C. A. (1975). Psychotherapy of the absurd: With special emphasis on the psychotherapy of aggression. *Family Process, 14,* 1 - 16.

Widiger, T. A., & Frances, A. J. (1989). Epidmiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. In A. Tasman, R. E. Hales, & A. J. Frances (Eds.), *American psychiatric press review of psychiatry* (Vol. 8, pp. 8 - 24). Washington, DC: American psychiatric Press.

Young, J. (1983, August). *Borderline Personality: Cognitive theory and treatment.* Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Anaheim, CA.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach.* Sarasota, FL: Porfessional Resources Exchange.

Young, J., & Swift, W. (1988). Schema-focused cognitive therapy for personality disorders: Part I. *International Cognitive Therapy Newsletter, 4,* 13 - 14.

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders, 3,* 10 - 18.

الفصل الحادى عشر

الاختلالات الجنسية : اضطراب الانتصاب لدي الذكور

الاختلالات الجنسية : اضطراب الانتصاب لدي الذكور

ميشيل ب. كارى
Micheal P. Carey
جامعة سيراكوز

جون ب. ونسز
John P. Wincze
جامعة براون

أندور و. ميسلز
Andrew W. Meisler
جامعة ييل

ترجمة

دكتور صفوت فرج

قسم علم النفس جامعة القاهرة

يعد مؤلفو هذا الفصل من بين قادة المعالجين والباحثين الجنسيين فى هذا البلد . وهم يصفون فى هذا الفصل منحاهم الخاص فى علاج الاستثارة الجنسية لدى الذكور ، والتى يبدو ببساطة أنها أكثر المشكلات التى يواجهها المعالجون الذين يتعاملون مع الاضطرابات الجنسية الاكثر شيوعا .

ويشير المؤلفون ، بعد عرضهم للنموذج البيولوجى النفسى الاجتماعى للاختلالات الجنسية ، والذى يغطى الجوانب البيولوجية بالقدر نفسه من الحنكة التى يغطى بها الجوانب النفسية ، إلى أن التمييز بين الاسباب العضوية والاخرى نفسية المنشأ أصبح غير مفيد الان فى تقييم هذه المشكلات على وجه الخصوص . وهم يتقدمون بعد ذلك نحو وصف المكونات الستة الجوهرية فى العلاج الجنسى

الحديث مع الاشارة إلى أن بعض المكونات التقليدية (التركيز الحسى[1]) قد لا تكون الاكثر أهمية فى كثير من الحالات .

ويقدم المؤلفون ما يبدو أنه حالة واضحة المعالم لاختلالات الانتصاب ذات المنشأ النفسي لدى الذكور . غير أن القارئ قد يصدم بالانحناءات والتحولات التى يتخذها المؤلفون ، بوصفهم معالجين ، فى علاجهم لهذه الحالة ، والاستراتيجيات العلاجية النوعية المطلوبة لها ، مثال ذلك ما يشير إليه المؤلفون من أنهم لا يحاولون بالضرورة زيادة قوة الانتصاب .

ويمكننا أن نلاحظ فى العلاج الجنسى أحد أفضل أنماط التكامل بين المنحى المعرفى السلوكى ومناحى النظم[2] ، وأهمية مثل هذا التكامل من الأمور الواضحة للغاية فى دراسة الحالة المقدمة هنا .

د. هـ . ب

مقدمة

لا توجد خبرة أكثر تهديداً ، للكثير من الرجال ، من الفشل فى تحقيق انتصاب عندما يرغبون . ومن المعتاد بالنسبة لمن يعانى من صعوبات الانتصاب أن يجد انه من الصعب عليه وصف مشكلته بقوله «أنه فقد رجولته» أو أنه «انتهى كرجل» . وبالتالى فإن صعوبات الانتصاب دائما ما ترتبط بفقدان تقدير الذات ، والاكتئاب واليأس . وما يجعل الأمور أكثر صعوبة أن الرجال ممن لا يقيمون علاقة يتجنبون دائما الصلات الاجتماعية مع الشريكات المحتملات ، مع شعور بالمهانة والإحراج من «عدم القدرة على الأداء» وبالمثل يتجنب من لديهم علاقات قائمة كل الصلات الجسمية بشريكاتهم ، وعندما يسألون لماذا أصبحوا لا يقبلون أو يعانقون أو يتحسسون أجسام شريكاتهم ، فإنهم يجيبون إجابات بلاغية قائلين : «ما قيمة البدء بشىء لا يمكن إكماله ؟» ويسلبهم هذا التجنب أية إمكانية

(1) Sensata focus

(2) Systems approaches

للحصول على المساندة الاجتماعية ، والشعور بالراحة ، والعلاقة النفسية الحميمة .

ونناقش فى هذا الفصل اضطراب الانتصاب لدى الذكور . ونبدأ أولا بتقديم تعريف إجرائى للمشكلة ، ثم نناقش مدى انتشارها ، ونقدم عرضا للنقاط الرئيسية للنموذج المفهومى ، الذى يوجه أساليبنا فى التدخل ، ثم ننتقل لمناقشة سياق عملنا الاكلينيكى ، مقدمين لمنحانا فى التقييم والعلاج ، ونوضح هذا المنحى من خلال حالة أكلينيكية حديثة .

تعريف اضطراب الانتصاب لدي الذكور

يعد اضطراب الانتصاب لدى الذكور وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1993) «عدم قدرة متمكنة أو متكررة على تحقيق انتصاب ملائم أو استمراره حتى اكتمال النشاط الجنسى» .

ويتطلب هذا التشخيص أن تتسبب مشكلة الانتصاب فى «كدر ملحوظ أو صعوبات تفاعلية» ولا يشخص اضطراب الانتصاب لدى الذكور إذا كانت مشكلات الانتصاب ناتجة عن اضطراب نفسى آخر (مثال ذلك الأكتئاب الأساسى) أو عن تعاطى المخدرات ، أو الاثنين معا .

وقد أشير إلى اضطرابات الانتصاب لدى الذكور فى كتابات ومناقشات سابقة ، باعتبارها اختلال الانتصاب(1) ، وعجز الانتصاب(2) وعنة(3) . وقد هجر كثير من المعالجين التعبيرين الاخيرين لما لهما من دلالات مهينة . ويلاحظ على الرغم من ذلك أن أغلب الأطباء وكذلك الجمهور العام مازالوا يستخدمون تعبير «عنة» .

ويمكن تصنيف اضطراب الانتصاب لدى الذكور ، وفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع باعتباره مستمراً مدى الحياة (يحدث خلال مدى الحياة الجنسية للشخص ، كما يشير اليه بعض المؤلفين باعتباره اضطراب أوليا(4)) أو

---

(1) Erectile dysfunction

(2) Erectile incompetence

(3) Impotence

(4) Primary

مكتسباً (يعرف أيضاً بوصفه اضطراباً ثانويا[1]) وبوصفه تعميمياً (أى يحدث مع كل شريك ، وفى كل نشاط جنسى ، وفى كل المواقف) مقابل كونه موقفياً (أى قاصر على العلاقة بين شركاء معينين ، أو ممارسة جنسية معينة ، أو مواقف معينة) .

وتشير خبرتنا إلى أن اضطراب الانتصاب المكتسب لدى الذكور هو الأكثر شيوعاً من اضطراب الانتصاب المستمر على مدى العمر ، وعلى الرغم من ذلك فعندما يتسم الاضطراب باستمراره على مدى العمر ، فالاحتمال الاكبر هو أن يكون أكثر خطورة وصعوبة فى العلاج .

وقد يذكر بعض الرجال ممن يعانون من اضطراب الانتصاب أنهم غير قادرون إطلاقاً على تحقيق انتصاب ، على الرغم من أن الرجال من أصحاب الاضطراب الكامل أقل ميلا للسعى إلى الحصول على خدمة علاجية من مهنيى الصحة العقلية مثل الأخصائيين النفسيين أو الأطباء النفسيين . أى أن هؤلاء الرجال يتجهون مباشرة إلى طبيب عام ، والذى عادة ما يكون طبيبهم الذى يقدم لهم الرعاية الأولية ، أو يتجهون إلى أخصائى المسالك البولية طلباً للعون . ومن الأمور الأكثر شيوعاً لدى الأخصائيين النفسيين لقاء أشخاص يشكون من :

(١) أنهم قادرون على تحقيق انتصاب جزئى ، غير أن هذا الانتصاب ضعيف للغاية بما لا يسمح بالإيلاج .

(٢) أنهم يستطيعون الوصول إلى انتصاب كامل ولكنهم غير قادرين على مواصلته فترة كافية تسمح بالايلاج والقذف فى المهبل .

(٣) يمكنهم تحقيق انتصاب مع شريكة معينة ولكن ليس مع غيرها . ويذكر بعض هؤلاء الرجال أن الانتصاب الكامل ممكن أثناء الاستمناء، أو عندما يستيقظون من النوم . وأخيراً فإن بعض الرجال القادرين على تحقيق انتصاب فعال يظلوا غير راضين عن مستوى انتصابهم .

وكما سبق الاشارة ، فإن الرجال الذين يعانون من مشكلات الانتصاب يشعرون بالإحراج ، وانعدام الشجاعة ، والاكتئاب ، واحيانا ما يكونون انتحاريين

(1) Secondary

نتيجة لصعوبات الانتصاب لديهم ، ويحاول الكثير منهم علاج أنفسهم (بالكحول أو باستخدام المثيرات الجنسية[1] ، أو العقاقير الأخرى على سبيل المثال) أو بمشاهدة مناظر شهوانية أو بالانخراط فى علاقة .

وعادة ما تفشل هذه «العلاجات» لأن الرجال ينخرطون فى علاقاتهم أو فى ممارستهم للاستمناء باتجاه انهزامى وغير متوافق ، مثال ذلك أنهم يركزون على نتيجة تحقيق الانتصاب وليس على العمليات التى تحقق أستمتاعا بالاثارة والمتعة الجنسية . وبالتالى قد يمارس أحد الرجال الاستمناء «لمجرد أن يرى إذا ما كان الأمر على ما يرام» ، وقد لا يمارس الاستمناء بطريقة مريحة وشبقية . وعندما لا تعمل مثل هذه الأساليب على مساعدة الذات فقد ينتهى الامر بمزيد من الإحباط وربما اليأس ، كما قد ينتج عن ذلك أيضاً مزيد من الخلافات الزوجية أو انفصام العلاقات (أو زيادة العزلة الاجتماعية لغير المتزوجين) . ولهذا فعندما يصل الرجل وشريكته إلى عيادة المعالج الجنسى ، يكون هناك إحتمال أن المشكلة شديدة الوطأة وأصبحت لها آثار ثانوية جانبية .

الانتشـــار

يحتمل أن يكون من الصدق القول أن أغلب الرجال سيعانون من مصاعب وقتية فى الحصول على انتصاب أو مواصلته فى وقت ما على مدى عمرهم . ولنأخذ المثال التالى :

رجل يعمل بجد طوال الأسبوع ذهب مساء الجمعة إلى حفلة . وكان مرهقا بمعنى الكلمة ، ولكنه كان يتطلع إلى الاستثارة وتغيير الإيقاع . وبينما هو فى الحفلة ، شرب هو وزميلته عدة كؤوس وظلوا فى الحفلة لفترة متأخرة ، وعادوا إلى البيت بمزاج جنسى جيد ، غير أن الرجل كان مرهقاً بشدة وثملاً لدرجة لم يستطع معها تحقيق انتصاب .

تمثل هذه الصعوبة بالنسبة لبعض الرجال مشكلة عابرة ذات مترتبات ضئيلة ، وعلى الرغم من ذلك فإن هذه الخبرة بالنسبة لشخص آخر تظل متمكنة وتؤدى إلى مشكلات تثير الانشغال ، ويصعب الحصول على تقييم دقيق لهذه المجموعة الأخيرة . وتقدر كابلان Kaplan (1974) أن ما يصل لحوالى ٥٠ ٪

---

(1) Aphrodisiacs

من الرجال يعانون من مثل هذه الصعوبات فى الانتصاب ، وهناك تقديرات أخرى غير مباشرة من مصادر متعددة :

(١) عدد مؤسسات رعاية الذات للرجال اصحاب مشكلات الانتصاب (أى العاجزين الجنسيين المجهلين[1]) .

(٢) الاعلانات المتعددة التى تنشر فيما يطلق عليه مجلات الرجال والتى تقدم «علاجات» سحرية من نوع أو آخر .

(٣) الاهتمامات التجارية المزدهرة للعلاجات الطبية (أى الحقن الذاتى بالبابافرين[2] [وهو أحد مشتقات الأفيون] ، والعلاجات الهرمونية ، والمعينات التفريغية للانتصاب[3] وزراعة القضيب[4]) .

ولسوء الحظ لا توجد دراسات وبائية مجتمعية مضبوطة عن الصحة الجنسية .

وتوحى التقديرات المتحفظة أن اضطراب الانتصاب لدى الذكور قد يؤثر فيما يتراوح بين ٤ ٪ ، ٩ ٪ من مجموع السكان البالغين (Frank, Anderson, & Rubinstein, 1978; Nettelbladt & Uddenberg, 1979) ومن المثير للشغف أن كينزى وبوميروى ومارتن Kinsey, Pomeroy, and Martin (1948) وجدوا أن اضطراب الانتصاب يحدث لدى أقل من ١ ٪ من السكان الذكور قبل عمر ١٩ عاما وتزيد هذه النسبة لتصل إلى ٢٥ ٪ مع بلوغ عمر ٧٥ ٪ عاما .

وعلى الرغم من ذلك يمكن استخلاص تقديرات اضافية لانتشار اضطراب الانتصاب من تراث العلاج الإكلينيكى . وقد راجع سبيكتور وكارى Spector and Cary (1990) التراث ووجدوا أن اضطراب الانتصاب هو أكثر الشكاوى المعروضة شيوعاً فى عيادات العلاج الجنسى . مثال ذلك ما ذكره ماسترز وجونسون Masters and Johnson (1970) من أن ٥٠ ٪ من الرجال الذين يطلبون العلاج فى معهدهم فى سانت لويس يشكون من أعراض ثانوية (أى

---

(1) Impotents Anonymous

(2) Papaverine

(3) Vacuum-aided erections

(4) Penile implants

مكتسبة) لاضطراب الانتصاب ، ويشكو ٨٪ من أعراض أولية (أى ممتدة على مدى العمر) لاضطراب الانتصاب . كما وجد فرانك واندرسون وكبفر Frank, Anderson, and Kupfer (1976) وبانكروفت وكولز Bancroft and Coles (1976) أن ٣٦٪ و ٤٠٪ من الذكور المتقدمين للعلاج الجنسى كانت شكاواهم الاولية هى اضطراب الانتصاب ، وقد اعاد هوتون Hauton (1982) دراسة بانكروفت وكولز Bancroft and Coles (1976) (فى العيادة نفسها بعد عدة سنوات) ولاحظ أن اضطراب الانتصاب لدى الذكور يبلغ ٥٣٪ من مجموع المشكلات المعروضة فى العيادة . وقد ذكرت رينشو Renshaw (1988) فى فترة احدث أن ٣,٥٪ من عملاء عيادتها فى شيكاغو يشكون من اضطراب الانتصاب على مدى العمر ، وأن ٤٨٪ يشكون من اضطراب الانتصاب المكتسب . ويتعين ملاحظة أن الار قام المذكورة فيما سبق مأخوذة عن أخصائيين نفسيين أكلينيكيين مهتمين بالعلاج الجنسي . ومن المحتمل أن تكون هناك أعداد أكبر من الرجال ، يتجهون بداية إلى العيادات الملحقة بأقسام المسالك البولية . ولسوء الحظ ، فإن البيانات المنظمة ما زالت غير متاحة حتى الآن من هذه الأقسام .

النموذج العضوي النفسي الاجتماعي(١)

تبدو جهود فهم أسباب اضطراب الانتصاب ذات صبغة ثنائية ، بمعنى أن الصياغات المتعلقة بالأسباب ، وإجراءات التشخيص والتدخل تعكس فكرة أن المشكلة إما أن تكون عضوية (أى ناتجة عن اسباب عضوية) أو وظيفية(٢) (أى ناتجة عن اسباب نفسية) . ونحن نفهم الآن أن أغلب المشكلات الجنسية تتضمن تفاعلا معقدا بين عوامل خطر عضوية ونفسية واجتماعية . وقد أوضحت دراسات حديثة متعددة أن سببين على الاقل (أى عاملى خطر) وجدا فى ثلثين (أو أكثر) من الحالات (راجع : Buvat, Buvat-Hebaut, Lemaire, Marlin, and Quittelier, 1990) . وقد يتطلب التقييم والعلاج مدخلات نظم علمية متعددة ؛ حتى يمكن التعامل مع الأسباب المختلفة للاضطراب . ونصف هنا باختصار بعض عوامل الخطر المحتملة لعجز الانتصاب ، ونناقش فهمنا للتفاعل بينها ، ويخدم هذا الفهم بوصفه نموذجاً يقود عملنا الإكلينيكى .

---

(1) Biopsychosocial Model

(2) Functional

عوامل الخطر العضوية لا ضطراب الانتصاب لدي الذكور

في المستوي العضوي للتحليل

يتطلب امتلاء القضيب(١) فى مستوى التحليل العضوى شبكة للأداء الفيزيولوجى الجيد ، وقد اعتبرت الغدد الصماء والأوعية الدموية والجهاز العصبى، تقليديا ، الأكثر أهمية للأداء القضيبى . وظلت الغدد الصماء هى المتهمة لفترة طويلة بأنها السبب المباشر وراء صعوبة الانتصاب ، وكانت المستويات المنخفضة بصورة شاذة من هرمون التيستوستيرون(٢) والمستويات شاذة الارتفاع من البرولاكتين(٣) من بين المتهمين الأساسيين .

وقد وفرت البحوث الميدانية دعماً مختلطاً فقط للفرض ، الذى يرى أن مستويات التيستوستيرون مسئولة عن اضطراب الانتصاب (Jones, 1985) ، وتوثق عديد من التقارير العلمية حقيقة أن مستويات التيسترستيرون لدى الرجال أصحاب المستويات الأدنى من البلوغ(٤) تمكنهم من الاستمرار فى الحصول على انتصاب ملائم (مثال ذلك : ,Davidson, Camargo, Smith, & Kwan) (1983 ، كما ذكر باحثون أخرون (مثال ذلك : ,Salmimies, Kockott, Prike) (Vogt, & Schill, 1982 أن علاج الرجال اصحاب هذه المستويات غير السوية بهرمون التيستوستيرون يؤدى إلى زيادة فى الانتصابات الالية . وبالتالى ترى التحليلات الاكثر تدقيقاً أن التيستوستيرون قد يكون أكثر أهمية للإثارة والرغبة الجنسية ، القائمة على الشغف منه لحالات الانتصاب القائمة على منبهات خارجية (Bancroft & Wu, 1983) .

وعادة ما لا تؤدى المشكلات الهرمونية الأخرى إلى عجز فى إمكانية الانتصاب ، على الرغم من أن الزيادة الحادة فى البرولاكتنيميا(٥)(وهو أمر نادر) غالباً ما ترتبط باضطراب الانتصاب ، ويحتمل ألا يؤدى القدر المتوسط منها إلى صعوبات فى الانتصاب (Buvat et al., 1985) . وباختصار ، يوافق أغلب الخبراء على أن العامل الهرمونى نادراً ما يكون السبب الأوحد أو الأولى الذى

(1) Penile Tumescence
(2) Testosterone
(3) Prolactin
(4) Prepubertal
(5) Hyper prolactinemia

يقف خلف أغلب حالات اضطراب الانتصاب (مثال ذلك ;Jones, 1985 Schover & Jensen, 1988)

وتمثل صعوبات وأمراض الأوعية الدموية ، من ناحية أخرى ، تهديداً أكبر كثيراً للأداء القضيبي (Papadopoulos, 1989) ؛ لأن الانتصاب أساساً ظاهرة دموية (أى أن تحقيق الانتصاب يتم من خلال تدفق ثلاثة أضعاف مقدار الدم المتدفق للقضيب) والعطب الذى يصيب نظم الشرايين (أى فى التدفق اليه) أو نظم الأوردة (أى فى التدفق منه) ، يحتمل أن يؤدى إلى صعوبات فى الانتصاب. وقد لا يكون التدفق الشريانى إلى القضيب كافيا نتيجة لعديد من الأسباب المرضية التى تحد من مقدار الدم الذى يصل إلى القضيب ، ومن بين هذه الأسباب ، الأمراض التى تؤثر فى الشرايين الحوضية المركزية[١] (التى تزود الأرجل بالدم) والشرايين الدقيقة (التى تزود القضيب مباشرة) أو الأمراض التى تؤثر فى كليهما . وقد يكون تصلب الشرايين[٢] (أى الخشونة والضيق وفقدان المرونة فى الجدران الداخلية للشرايين) أكثر الأسباب الشائعة فى حالات نقص الكفاءة الشريانية (Wagner & Metz, 1981) . وأكمل روزبارسكى وميشل Ruzbarsky and Michal (1977) فحوصاً تالية لحدوث عدم انتصاب لثلاثين حالة من الرجال تتراوح أعمارهم بين ١٩ ، ٨٥ عاما ، وذكرا أن كل الرجال ممن تزيد أعمارهم عن ٣٨ عاما يبدأون فى اظهار علامات لأمراض شريانية فى القضيب . ويمكن تقييم مدى ملاءمة التدفق الشريانى بدراسات دوبلر[٣] [الفيزيائية] (Jevtich, 1980) . والتدخل الجراحى لتوسيع الشرايين متاح إذا كان هناك انسداد محدد فى شرايين القضيب (لاحظ أن توسيع الشرايين عادة ما لا يقبل التطبيق إذا ما كانت هناك أمراض شريانية منظمة) .

وقد حظى دور الجهاز العصبى فى اضطراب الانتصاب باهتمام بحثى بالغ (مثال ذلك : Lewis, 1991; Hricak, Schmidt, & Tanagho, 1986) والمشكلة الأساسية هنا هى أن «الارتشاح الوريدى»[٤]؛ أى التدفق الدموى الشريانى

(1) Central Pelvic arteries
(2) Arteriosclerosis
(3) Doppler studies
(4) Venous leakage

ملائم لإحداث انتصاب ، غير أن التدفق الوريدى السريع الراجع لا يمكن من استمرار الانتصاب . ويمكن تقييم الارتشاح الوريدى ، من خلال إحداث انتصاب زائف باستخدام البابافرين[1] ، ودراسة نمط هروب الدم من القضيب (أى باستخدام الرسام المسامي[2]) يضاف إلى ذلك أن العلاج بجراحة توسيع الأوردة يمكن أن يعالج بنجاح بعض الحالات مؤدياً إلى تدعيم مباشر لدور هذا الميكانيزم المسبب للمرض (مثال ذلك : ,Williams, Mulcahy, Hartnell, & Kiely) 1988 . ويتعين على الرغم من ذلك ملاحظة أن مشكلات الارتشاح الوريدى غالباً ما تكون مسئولة عن نسبة صغيرة فقط من حالات اضطراب الانتصاب ، كما أنها قد تكون أكثر الأسباب صعوبة فى علاجها جراحيا (Lewis, 1991) .

ويمكن عزو صعوبات الانتصاب للأمراض العصبية أيضاً . والأسباب المرضية المحتملة التى تعزى لها تتضمن أمراض الفصوص المخية[3] (مثال ذلك الصرع) وأمراض الغدة النخامية – المهاد الأدنى[4] (أى التلف فى الغدة النخامية) وأمراض الحبل الشوكى (التصلب المتعدد[5]) ، والأمراض الخاصة بالجهاز العصبى الطرفى (مثال ذلك مرض السكر وأمراض الكلى) ، والأورام (أى إصابات الحبل الشوكى) . ويعد السكر من بين أكثر الأسباب ذات العلاقة العصبية الأكثر شيوعا ، التى تعرض الرجال لعامل خطر مرتفع للأمراض العصبية ولاضطراب انتصاب تالٍ .

وعموماً ، توحى الدلائل المتوفرة أن العوامل العصبية دائما ما تكون متضمنة فى اضطراب الانتصاب الذى يعزى إلى السكر ,Meisler, Carey) (Lantinga, & Krauss, 1989 أو إلى ضعف أو تلف الغدد الصماء والأوعية الدموية ، وقد تحدث أمراض الجهاز العصبى نتيجة لعدد من الحالات الطبية المزمنة . يضاف إلى ذلك أن الاستهلاك الإدمانى للكحول يرتبط هو الآخر بمخاطر متزايدة لاضطراب الانتصاب ، ويحتمل أن يكون ذلك نتيجة إحداثه لاستثارة عصبية مرضية مبكرة (Schover & Jensen, 1988) ، وقد حظى

(1) papaverine

(2) Cavernosography

(3) Cerebral hemispheres

(4) Hypothalamic-pituitary axis

(5) Multiple sclerosis

تأثير سوء استخدام المواد الأخرى على الأداء القضيبى بقدر أقل من الدراسة (Buffum, 1982, 1986) ، على الرغم من أن هناك ما يوحى أن معدلات اضطراب الانتصاب بين مدمنى الهيروويين تبلغ ٢٨٪ إلى ٤٣٪ ، وبين ٤٠ إلى ٥٠ لدى مستخدمى الميثادون (Segraves, Madsen, Carter, & Davis, 1985) ، وكلا التقديران مرتفعان جوهريا عن معدلات التكرار لدى الجمهور العام، ولإتتاح تقديرات تتسم بالثبات بالنسبة لبقية المواد الأخرى شائعة الاستخدام (مثال ذلك الامفيتامين ، والحشيش والكوكائيين) والعقاقير الطبية (بما فى ذلك مضادات الذهان ، ومضادات الاكتئاب الثلاثية ، والليثيوم والمهدئات الصغرى) ، والتى يمكن أن يكون لها تأثير مضاد للأداء الانتصابى . (Segraves & Segraves, 1992) .

ومن المعتقد على نطاق واسع أن العقاقير المهدئة تضعف الانتصاب (Papadoulos, 1989) وعلى الرغم من ذلك ، فمن المهم الإشارة إلى أن هذا التأثير لا يشمل كل المهدئات ، وحتى عندما تكون هناك بالفعل صعوبات انتصاب، فقد ترجع هذه الصعوبات للمرض (أى للتوتر المفرط) أو علاجه (أى العقاقير) وردود فعل المريض له ، أو لكليهما (Bansal, 1988) . مثال ذلك أن هناك تقديرات توحى أن ما بين ٨٪ إلى إلى ١٠٪ من مرضى التوتر المفرط لديهم اضطرابات انتصاب سابقة على العلاج (Oaks & Moyer, 1972) . ويحتمل أن يكون هذا التقدير أقل من الواقع . وعلى الرغم من أن بعض العقاقير المهدئة مثيرة للازعاج على وجه الخصوص ، بما فى ذلك مدرات البول (مثال ذلك الهيدركلوروثيازيد(١) والكلورثاليدون(٢) والسبيرونولاكتون(٣)) ، وكذلك مضادات الأدرينالين (مثل : الميثالدوبا(٤) والكولندين(٥) والرزربين(٦)) وبعض كوابح الأدر ينالين (مثال ذلك البروبرانولول(٧)) وبعض معيقات قنوات الكلسيوم (مثال ذلك : الفيراباميل Verapamil; Segraves & Segraves, 1992) .

---

(1) Hydrochlorothiazide
(2) Chlorthalidone
(3) Spironolactone
(4) Methyldopa
(5) Clondine
(6) Reserpine
(7) Propranolol

وأخيراً ، تجدر الإشارة إلى أن عددا قليلا من الدراسات هو الذى قدم دلائل مقنعة حول العلاقة بين الجرعات المعينة والاستجابة ، والتباين الجوهرى بين الأفراد (فى ضوء العمر والحالة المرضية النوعية والعوامل الأخرى ذات العلاقة) والاستجابة المعتادة ، وكان من الصعب نتيجة لهذا ، حتى بالنسبة للخبراء الخروج باستخلاصات مدعمة تدعيماً جيداً ، تتعلق باضطراب الانتصاب فى علاقته بالمهدئات العصبية (راجع : Papadopoulos, 1989; Segraves & Segraves, 1992) .

إذاً ، فهناك على وجه العموم عديدا من العوامل الفيزيولوجية ، التى يمكن أن تضعف الانتصاب . ومن الضرورى تحديد إذا ما كانت المشكلات الهرمونية وتلك الخاصة بالأوعية الدموية والدوائية أو العصبية تعمل أولاً قبل بدء التقييم والعلاج النفسى المكثف أم لا . وهناك طريقتان على الاقل للتحقق من ذلك :

(١) تعرف من خلال المقابلة ما إذا كان العميل يستطيع الحصول على انتصاب ، ويستمر فيه لفترة معتادة فى بعض المحاولات التى يقوم بها على الأقل (ومن الحكمة الحصول على تأكيد لذلك من الشريكة) .

(٢) تحديد مدى امتلاء القضيب من خلال ملاحظة نفسية فسيولوجية بما يؤكد أن الرجل يستطيع تحقيق انتصاب . وإذا لم يوفر كل من هذين التقييمين دليلاً على أن الرجل يمكنه الحصول على انتصاب ، فسيكون من الحكمة أن يطلب منه الحصول على فحص طبى شامل من أخصائى مسالك بولية (يمكن الحصول على مزيد من المعلومات حول الكشف عن إسهام العوامل العضوية فى اضطراب الانتصاب فى بوفات وزملائه Buvat et al., 1990) .

ويعتمد بقية هذا الفصل على إفتراض أن العميل قادر فى الوقت الراهن تحت ظروف معينة (مثال ذلك خلال الاستمناء ، والأحلام ، أو خلال بعض الأنشطة الشبقية) على الحصول على انتصاب «معتاد» (بمعنى انتصاب يسمح له بتحقيق إيلاج فى مهبل أو شرج ، أو القيام بمضاجعة) ، ولا يتعين أن يكون هذا الانتصاب قوياً بنسبة ١٠٠ ٪ من القدرة السابقة للرجل ، وعلى الرغم من ذلك يتعين توفر إمكانية تتراوح بين ٥٠ ٪ ، ٧٥ ٪ للانتصاب ، إذا اراد الرجل الاستمرار فى المضاجعة (كما يفعل غالبا) . وإذا ظهر أن الرجل لا يملك إمكانية تحقيق

انتصاب رغم أنه مازال يرغب في مضاجعة مهبلية أو شرجية ، فيتعين أن يسعى لتدخل طبى (مثال ذلك زراعة قضيب[1]) وفي هذه الحالة يظل العميل مستفيدا من المبادئ التي تم عرضها هنا . غير أن علاجا طبيا ومتابعة سيكونان ضروريين (راجع : Schove, 1989) وفي كلتا الحالتين ، فإن هدف منحانا هو تحديد العوامل النفسية الاجتماعية ، التي تمثل حدوداً إضافية على إمكانية الانتصاب والرضا الجنسي العام .

عوامل الخطر النفسية الاجتماعية

ذكر عديد من العوامل النفسية الاجتماعية التي افترض أنها أسباب مرضية في اضطراب الانتصاب ، ويمكننا أن نصنف أكثر الأسباب النفسية الاجتماعية صلة باضطراب الانتصاب لدى الذكور في فئتين عريضتين هما : عوامل الفرد ، وعوامل العلاقات .

عوامل الخطر المتعلقة بالفرد

قد يؤدي عديد من العوامل الكامنة لدى الفرد إلى إضعاف إمكانية الوصول إلى انتصاب ، وتعكس بعض هذه العوامل حالات خطيرة ، حادة أو مزمنة ترتبط بالأنماط العامة لضعف الأداء النفسي والاجتماعي . وقد رأينا بالفعل أن سوء استخدام المخدرات على مدى طويل يمكن أن يضعف البنية الفيزيولوجية اللازمة لإحداث الانتصاب ، كما يمكن لسوء الاستخدام قصير المدى للمخدرات أن يضعف بالمثل الانتصاب وبصورة مباشرة (من خلال عمله كمثير عصبي مركزي للاكتئاب) أو بصورة غير مباشرة (مثال ذلك بخفض تقدير الذات أو زيادة احتمالات فصم العلاقات) . وتؤدي بعض الحالات النفسية ، مثل : الاضطراب العصابي ، واضطراب الاكتئاب الأساسي ، والاضطرابات القطبية ، والفصام ، وبعض اضطرابات الشخصية إلى إضعاف التكامل النفسي للفرد إلى المدى الذي يصبح الأداء الجنسي معه غير ممكن . وبالتالي فقد يتزايد ظهور مثل هذه الاضطرابات النفسية مع اضطراب الانتصاب لدى الذكور ، ويتعين تأجيل العلاج الجنسي حتى يتم علاج الحالات النفسية الأكثر تمكنا .

ويضعف الانتصاب أيضاً نتيجة لمجموعة متنوعة من العوامل الأقل خطورة نفسيا . ولتسهيل المناقشة ، يمكننا تقسيم هذه العوامل إلى عوامل وجدانية

(1) Penile Prosthesis

وأخرى معرفية . وقد اقترح عدد من المنظرين العوامل الوجدانية السلبية باعتبارها عوامل مسببة ، والحالة الانفعالية التى يشار اليها دائما فى هذا السياق هى القلق . مثال ذلك أن كابلان Kaplan (1974) تذكر أن القلق الظاهر «دائما ما يسهم بصورة ثابتة فى العنة» (p. 129) وبالمثل يلقى ماسترز وجونسون Masters and Johnson (1970) الضوء على «الدور العميق الذى تلعبه المخاوف فى الاداء الجنسى» (p. 84) . وتظهر المخاوف المرتبطة بالأداء والقلق عادة كحالة ثانوية لنوبة فشل أولى لاضطراب الانتصاب ؛ أى عندما يكون الرجل غير قادر على تحقيق انتصاب فى ظرف ما (لأى سبب كان) وعندئذ يبدأ فى معاناة خشية توقع الفشل ، والتى تؤدى بدورها إلى تشتيت تركيزه على المؤشرات الشبقية وإمتاع شريكته .

ويتعلق بذلك أيضاً إمكان إضعاف مصادر القلق غير الجنسية للانتصاب . ويكون الرجل فى هذه الحالة مشغولا قبل ذلك بصعوبات مالية ، أو توترات متعلقة بالعمل ، أو انشغالات متعلقة بتربية الاطفال أو غيرها . والانشغال بمثل هذه التهديدات للسعادة يمكن أن يقوض قدرة الرجل على الاسترخاء وممارسة المداعبة والاستمتاع برفاهية الجنس ، ولا تحتاج مثل هذه الخلفيات للتوتر لأن تكون كبيرة بدرجة ساحقة أو حتى واضحة للرجل أو شريكته . بمعنى أن تأثير مثل هذه التوترات قد يكون دقيقا ، وعلى الرغم من ذلك فعندما يتزاوج مثل هذا التوتر مع بقية عوامل الخطر ينتج اضطراب للانتصاب . وهناك دراسة متعلقة تدعم هذه النقطة قام بها كل من موراكوف وبوم وماكينون وجليلند Morokoff, Baum, Makinnon, and Gilliland (1987) . وقد قيم هؤلاء المؤلفون التأثيرات التفاعلية بين التوتر المزمن (مثل البطالة الحقيقية أو التهديد بها) والتوتر الحاد (مثل التحدث عن سلوكهم الجنسى) . وتشير النتائج التى خرجوا بها إلى أن ضعف الانتصاب يحدث نتيجة لمجموعة مركبة من عوامل التوتر المزمنة والحادة .

وبالإضافة إلى القلق يذكر ميسلر وكارى Meisler and Carey (1991, 1992) فى وقت حديث أن الاكتئاب الوجدانى الحاد – الأقل حدة من أعراض الاكتئاب الأساسى – يمكن أن يخفض بالمثل من الاستثارة الذاتية . وقد أوضح بارلو Barlow (1986, 1988) بالمثل التأثير المحتمل للاكتئاب الوجدانى على الاستثارة الذكرية . ويتبين من بحثه أن الرجال الذين يعانون من اضطراب

انتصاب دائماً ما يظهرون مشاعر سلبية فى وجود منبهات شهوية .

والغضب هو الانفعال الثالث الذى تم الربط بينه وبين اضطراب الانتصاب لدى الذكور . مثال ذلك أنه تبين من دراسة مبكرة هدفت لفحص تأثير الحالة الوجدانية على الاستثارة الجنسية ، قام بها ولشيك وزملاؤه .Wolchik et al (1980) أن الاستثارة الجنسية الشبقية المنبهة نقصت نتيجة للتعرض السابق لفيلم يستثير الاكتئاب والغضب ، ويتسق ذلك مع مشاهداتنا الاكلينيكية . فالأزواج الذين يعرضون بمشكلات جنسية غالبا ما يذكرون (ودائما ما يظهرون) غضباً من أحدهما نحوا الاخر . ويبدو أن مثل هذا الغضب ينشأ ، فى بعض الحالات ، عن صعوبات جنسية . وعلى الرغم من ذلك ، يكون غضب الرجل من شريكته فى حالات أخرى عاملا مهيئا واضحا . وقد التقى أحدنا (ج.ب.و) حديثا عميلاً له يضمر غضباً نحو زوجته بسبب علاقة حب ارتبطت بها مع شخص آخر قبل اثنى عشر عاماً . وبالإضافة إلى هذا الغضب الذى لم يحل ، ظلت المشاعر السيئة والامتعاض قائمين بصورة نشطة ، وقد شكا الرجل متوجعاً من أن زوجته لا تبذل أى جهد «لمساعدته» فى تحقيق انتصاب ، وكان مقتنعا أنها مستمرة فى القيام بأشياء تهدف لتخريب علاقتهما الجنسية .

ويرتبط ارتباطا وثيقا بالمشاعر السلبية التى يمكن أن تضعف الانتصاب لدى الذكور (وربما لا ينفصل عنها) ، الإفكار التى يمكن أن تؤدى إلى اضطراب انتصاب . وقد سبق أن أشرنا بالفعل إلى أن الانشغال بالأداء والخشية القلقة يمكن أن يؤديا إلى التدخل فى الأفكار ، وتشتيت الانتباه عن المؤشرات الشبقية . وتعد أعمال بارلو وزملائه (Barlow, Sakheim & Beck, 1983; Beck, Barlow & Sakheim, 1983; Sakheim, Barlow, Beck & Abrahamson, 1984) مفيدة على وجه الخصوص فى عزلها العوامل المعرفية ذات العلاقة باضطراب الانتصاب ؛ فقد قاموا بمقارنة رجال يعانون من اضطراب الانتصاب برجال لا يعانون من أى مشكلات تتعلق بالانتصاب ، ووجدوا الآتى :

(١) أن الرجال الذين يعانون من اضطراب الانتصاب يميلون إلى إعطاء تقييم أدنى لمقدار الاستجابة الانتصابية التى يحققونها بالفعل . بينما كان أفراد المجموعة الأخرى أكثر دقة فى تقديرهم للاستثارة .

(٢) يميل الرجال الذين يعانون من اضطراب الانتصاب إلى زيادة استجابتهم الانتصابية ، عندما يركزون على منبهات غير شبقية أثناء التنبيه الجنسى ، بينما يميل الرجال الذين لا يعانون من اضطرابات الانتصاب إلى خفض استجاباتهم الانتصابية ، عندما يركزون على منبهات غير جنسية .

(٣) يميل الرجال الذين يعانون من اضطراب الانتصاب إلى خفض استجاباتهم الانتصابية عندما توجد مطالب للاستثارة ، بينما تكون خبرة أولئك الذين لا يعانون من اضطراب الانتصاب على النقيض .

وبالإضافة إلى المكونات المعرفية السلبية (أى قلق التوقع ، والانشغال بالأداء) التى ترتبط باختلالات الانتصاب ، تتوفر دلائل حديثة على أن اصحاب اضطراب الانتصاب لديهم عدد أقل من المعارف الايجابية عند تعرضهم لمواد شبقية (Meisler & Carey, 1992) ؛ أى إن اصحاب الاضطراب يركزون بدرجة أقل على الجوانب الايجابية أو المثيرة للموقف .

عامل معرفى آخر يسهم فى صعوبات الانتصاب ، هو الجهل بالخصائص الجنسية النفسية الفسيولوجية على وجه الخصوص . مثال ذلك أن بعض عملائنا المسنين لديهم توقعات حول قدرتهم على تحقيق انتصاب بمجرد تفكيرهم فى أشياء جنسية ، أو عند رؤيتهم لشخص جذاب ، ولأن هذه كانت توقعاتهم فى شبابهم ، فهم يتوقعون أن تستمر هذه الحساسية المفرطة/والاستجابية المفرطة إلى الابد . وعلى الرغم من ذلك ، يحتاج الكثير من الرجال إلى زيادة المنبهات المباشرة للحصول على انتصاب مع تقدمهم فى العمر ، وإذا لم يتوفر هذه التنبيه على الفور فالاحتمال هو عدم حدوث انتصاب .

وقد يظهر اضطراب الانتصاب كعرض ثانوى لاضطرابات جنسية أخرى مثل القذف المبكر[1] وانخفاض الرغبة . ولأن مناقشة اسباب هذا الاضطراب ، وتقييمه ، وعلاجه خارج نطاق هذا الفصل ، فإننا نحيل القارئ المهتم إلى الكتاب الحديث لوينسز وكارى (1991) Wincez and Carey .

(1) Premature ejaculation

عوامل الخطر العلاقاتية

مثلما ييسر التكامل النفسى الفيزيولوجى الانتصاب يفعل تكامل العلاقات ذلك بالمثل تماماً ، ومما لا يثير الدهشة عندئذ أن نجد أنه قد تم الربط بين كثير من خصائص العلاقات واضطراب الانتصاب لدى الذكور (Leiblum & Roesn, 1991, 1992) . والعلاقة التى لا تتطور من خلال الثقة أو تتأكل تعد على وجه الخصوص تربة خصبة لاضطراب الانتصاب لدى الذكور . ولا تقوم بعض العلاقات على أساس الاحترام المتبادل أو الثقة ، ويمكن الهيمنة خلال المراحل المبكرة للعلاقة على هذا العيب من خلال الانجذاب النشط والسلوك الصحى . وعلى الرغم من ذلك يصبح نقص الثقة أكثر وضوحاً مع ضعف هذه العوامل القوية مع الوقت ، كما يمكن أيضاً تعرض الثقة التى كانت قائمة إلى الضعف أو الانهيار نتيجة للخيانات الزوجية ، أو بعض العلاقات المسفة .

وقد يعانى الرجال الذين فقدوا جاذبيتهم بالنسبة لزوجاتهم من مشكلات انتصاب ، وليس من غير المعتاد أن يقرر العملاء أنهم يحبون زوجاتهم ، ولكنهم أصبحوا لا يثيرون جاذبيتهن حسيّاً . وقد لا يجد الرجل زوجته جذابة على الإطلاق فى بعض الحالات (ولكنه تزوجها لصفات أخرى فيها) ويكون قادراً على تعويض ذلك . وقد يختلف الشركاء أيضا فى سيناريوهاتهم[1] (Gagnon, 1990; Gagnon, Rosen & Leiblum, 1982; Leiblum & Rosen, 1992) والمبادرات تعبير مستعار من علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعى ، يستخدم لوصف الأنشطة الجنسية المقبولة وكذلك الطرق والأوقات التى تظهر فيها هذه الطرق . وتخدم المبادرات بوصفها خطة أولية أو مؤشرات لما يتعين عمله «عندما تكون مثيرا جنسيا» ، وتختلف السيناريوهات بين الأزواج بالطبع ، غير أن الأمر الجوهرى هو ما إذا كان الشركاء يصلون إلى حلول لاختلافاتهم بطرق متبادلة ومقبولة لكل منهما ومرضية جنسيا أم لا . والازواج الذين لا يتفاهمون حول السيناريوهات الجنسية المقبولة ، يصبحون عرضة للصعوبات الجنسية ، بما فى ذلك اضطراب الانتصاب لدى الذكور (Leiblum & Rosen, 1992) .

وإذا تفاهم الزوجان حول سيناريوهاتهم الجنسية بطريقة فعالة ، فلابد أن يصلا إلى تواصل (مثال ذلك : Metts & Cupach, 1989) . ودائما ما تلعب

---

(1) Scripts

صعوبات التواصل دوراً فى اضطراب الانتصاب لدى الذكور . وكما يذكر ماسترز وجونسون (1970) Masters & Johnson «يمتد الفشل فى التواصل من حجرة النوم بسرعة إلى كل مراحل الزواج ، وعندما لا يوجد أمان أو تماثل متبادل فى السيناريوهات الجنسية يكون من النادر حدوث تحرر فى الأشكال الأخرى من التواصل الزواجى» (p.15) وسواء كانت صعوبات التواصل التى تبدأ فى حجرة النوم قابلة للحوار أم لا ، إلا أن هناك القليل من الاختلاف حول أنه إذا فشل الشريكان فى التواصل ، فإنهما يصبحان فى خطر التعرض لمشكلات جنسية .

وهناك ، لسوء الحظ ، قدر قليل من البحوث التى قيّمت تأثير العوامل الخاصة بالعلاقات على اضطراب الانتصاب لدى الذكور ، وبالتالى فقد أعتمدنا على خبرتنا الاكلينيكية لتوجيه مناقشتنا . ونحن على اقتناع بأهمية هذه العوامل، ولكننا نرحب بالبيانات الواقعية لدعم عملنا .

النموذج الموجه لعملنا

نحن نفترض أن القوى العضوية والنفسية والاجتماعية يمكن أن تسهم – منفردة أو مجتمعة – فى التسبب فى اضطراب الانتصاب لدى الذكور (Meisler & Carey, 1990; Wencze & Carey, 1991) .

وقد يكون عامل واحد منفرد قويا بقدر كافٍ فى بعض الحالات لمنع الانتصاب، ويسهل نسبياً تعرف مثل هذه الحالات ، وتقييمها (وأحيانا) علاجها . وعلى الرغم من ذلك ، فالأمر الغالب هو وجود تأليف من القوى الدفينة التى تعمل معا لإضعاف إمكانية الانتصاب . ولتفسير هذا النوع من النماذج للعملاء لنستخدم فكرة الأوزان المجازية ، التى تؤثر على قضيب منتصب (فوزن منفرد على سبيل المثال مثل نقص التواصل الفعال) قد لا يكون كافياً للتأثير فى قوة انتصاب قضيب شاب فى صحة جيدة ، وعلى الرغم من ذلك ، فإن تأثيرات مجموعة من العوامل المختلفة (مثال ذلك تصلب الشرايين ، والاكتئاب الوجدانى، والمبادرات غير المتطابقة) قد تكون كافية لإضعاف الانتصاب لدى رجل فى منتصف العمر .

ونحن نفترض أيضاً أن التأثير «النهائى» لعديد من عوامل الخطر قد يسهم سلباً بطريقة متفاعلة (وليس كمجرد نتيجة لمجموع العوامل) معبراً عن نفسه بصور مختلفة ، عندما يكون هناك تعدد فى عوامل الخطر ، وبحيث يكون ناتجها

الصافى أكثر من مجموع العوامل الفردية . مثال ذلك أن ليبلوم وروزن Leiblum and Rosen (1991) راجعا التراث الذى يوحى أن المستويات الاجتماعية الدنيا (الناتجة عن فشل الخبرات) ، يمكن فى الواقع أن تخفض من مستوى دورة التيستوستيرون . والنتيجة الطبيعية لهذا الفرض هى أن العلاج قد يكون له تأثير أكبر من المتوقع بداية (أى اعتماداً على تحليل المؤثرات المباشرة المحتملة للتدخل) بسبب هذا النوع «الإيجابى» من التلازم ، وبالتالى يتعين التفكير فى المشكلة وأسلوب التدخل باعتبارهما نمطين من أنماط عضوية نفسية اجتماعية تأخذ اتجاهات مختلفة (أحدهما نحو الاضطراب الجنسى والاخر نحو الرضا الجنسى) .

وأخيرا فإن نموذجا حيويا نفسيا اجتماعيا مثل هذا سيسمح بمسارات متعددة للتدخلات الاكلينيكية فى اضطراب الانتصاب لدى الذكور . وقد تنشأ مشكلات الانتصاب من مجموعة كاملة متألفة من عوامل الخطر ، ويساعد النموذج أيضاً على تفسير كيف ينظر الأخصائيون الإكلينيكيون محدودو التدريب للعوامل المسببة من منظورهم ، ونظمهم العلمية الخاصة ، أو من نموذج ما قد يجدونه بالفعل ، إلا أن العلاج يفشل لأنه اتجه نحو عامل واحد فقط من العوامل المسببة المتعددة . ونموذج كهذا يتطلب تقييماً واستراتيجية علاجية متعددة النظم .

سياق التقييم والعلاج

يحتمل أن تسعى أقلية من الرجال ، كما هو الحال فى كثير من الاضطرابات النفسية ، للحصول على تقييم وعلاج نفسى من أخصائيى الصحة العقلية مباشرة. ويثق كثير من الرجال فى طبيب ، باطنى أو طبيب العائلة . ويميل أطباء المسالك البولية لتحويل بعض هؤلاء الرجال ، الشبان منهم على وجه الخصوص ، أو الرجال ممن لا توجد لديهم أعراض مرضية جسمية واضحة إلى معالج جنسى.

وفى دراسة استطلاعية للافكار ، يذكر سيجرافيز وشوينبرج وزارينزوكنوف وكاميك Segraves, Schoenberg, Zarins, Knopf, and Camic (1982) أن ٦٢٪ فقط من الرجال الذين أحيلوا إليهم من عيادة المسالك البولية (فى المستشفى نفسها) ، هم من طلبوا الحصول على موعد . ومن بين هؤلاء الذين أوصى لهم بعلاج جنسى ، قبل ٣٢٪ منهم فقط هذه التوصية وأخيراً فمن بين الذين أنخرطوا

فى العلاج ، استمر فيه حتى اكتماله ٤٣٪ منهم فقط . ولا تختلف هذه النتائج عن غيرها . فقد ذكر كاتلان وهاوتن وداى (Catalan, Hawton, and Day (1990 أن ٦٠٪ فقط ممن عرض عليهم الحصول على علاج جنسى ، من خلال جهات تقدم خدمات علاجية للاختلالات الجنسية فى المملكة المتحدة قبلوا العرض ، ومن بين هؤلاء أكمل الثلثين فقط العلاج (Hawton, Catalan, & Fagg, 1992) وذكر تايفر وميلمان (Tiefer and Melman (1987 أن أغلبية الرجال الذين قيموا ممن لديهم اضطراب الانتصاب ، لم يواصلوا العمل بالتوصيات العلاجية التى قدمت لهم (على مدى عامين أو ثلاثة أعوام) .

ما الذى تعنيه هذه النتائج ؟ التفسير الواضح هو أن أغلب الرجال يفضلون حلا طبيا لمشكلتهم . والتفسير الأقل وضوحاً هو أن الأداء القضيبى يمكن أن يتحسن «تلقائياً» (أى دون علاج متخصص) . ويذكر سيجرافيز وزملاؤه أن ما بين ١٤٪ ، ٣٠٪ من كل الرجال ممن لديهم اضطراب انتصاب لدى الذكور تحسنوا دون أى تدخل علاجى (Segraves, Camic, & Ivanoff, 1985; Segraves, Knopf, & Camic, 1982)

ومن المهم بالطبع أن نضع فى اعتبارنا أن الإذعان لتوصيات العلاج الطبى عموماً ، وذلك الذى يتضمن على وجه الخصوص تحويلا لأخصائى آخر من الأمور ، التى يندر حدوثها بصورة شائعة فى كثير من مجالات الطب وعلم النفس (Tiefer & Melman, 1987) .

الموقف

يتم تقييم وعلاج مشكلات الانتصاب فى عدد من المواقف المختلفة . وعملياً نعتقد أن البيئة الملائمة التى يتعين أن يتم فيها هى مركز طبى ، تتوفر فيه إمكانات الاستعانة بأخصائيين آخرين ، وحيث يصبح المعالج الجنسى أكثر ظهوراً فى هذه المواقف أمام الأطباء القائمين بالإحالات ، وسيجد عملاؤه من الذكور والإناث أنه من السهل عليهم الحصول على فحص طبى (إذا احتاجوا لذلك) . يضاف إلى هذا أن بيئة المركز الطبى يمكن أن تسكن من روع بعض العملاء وانشغالهم بحقيقة مشكلتهم ، وعلى الرغم من ذلك فقد التقينا عملاء فى عيادات جامعية ، وعيادات خاصة (لاحظ من فضلك : إذا كانت ممارساتك تتم خارج مركز طبى ، فعليك الاستعداد للعمل بقدر أكبر من الجهد لتأمين الإحالات) ، وقد

وجدنا أنه من المفيد ممارسة عملنا فى مدرسة المسالك البولية الطبية ، ومن خلال جولات الاستشاريين ومؤتمرات دراسة الحالة . وإذا كنت تستطيع ممارسة العمل فى عيادة علاجية تعليمية بحثية ، وتحصل على مساعدة من العيادة المحلية للمسالك البولية أو الطب الأسرى ، فسيكون ذلك أفضل) .

يتضمن «الموقف» كثيراً من القضايا ذات العلاقة (نحددها بصفة عامة) ، والتى قد تكون مهمة أ ثناء التقييم والعلاج . وعوامل مثل مظهر المعالج ومظهر عيادته أو عيادتها ، والدرجات العلمية الحاصل عليها المعالج من الأمور المهمة لدى العميل ، وكون المرء استجابيا نحو طلب العميل للمعلومات ، وفى الرد الفورى على مكالماته التليفونية ، يوفر بالمثل تعاونا إيجابيا . وهذه العوامل قائمة فى أى تفاعل مهنى ، وليست قاصرة على مجال العلاج الجنسى .

ونحن نفترض ، فى منحى التقييم والعلاج الذى قدم فى هذا الفصل ، أن فحصاً طبيّاً شاملاً قد تم بالفعل . كما نفترض بالإضافة إلى ذلك أن العوامل الفيزيولوجية وحدها لا يمكن أن توفر تفسيراً كاملاً لأسباب اضطراب الانتصاب لدى الذكور . وبالتالى فإننا نفترض أسباباً مرضية مختلطة (أى تتشكل من اسهام عوامل بيولوجية ونفسية اجتماعية) ، أو عوامل نفسية اجتماعية أولية .

ويتطلب إجراء تقييم نفسى إجتماعى شامل ، وتقييم نفسى فسيولوجى نوعين من الغرف . من الضرورى بالنسبة للنوع الأول من التقييم أن تكون الغرفة مخصصة للمقابلات ، وتتسع لزوجين والمعالج ، وبالنسبة للنوع الثانى من التقييم فتتضمن الترتيبات المثالية غرفتين ، على أن تتصف الحجرة الأولى الأصغر (وهى عبارة عن حجرة صغيرة داخل الغرفة الكبيرة) بالخصوصية وتكون عازلة للصوت ومكيفة الهواء ، وتستخدم لجلوس العميل وتقدم له فيها منبهات جنسية ، كما تستخدم لقياس امتلاء القضيب[1] . وتشغل الحجرة الأكبر أجهزة التسجيل الفيزيولوجية ، والأجهزة السمعية البصرية (للمزيد من المعلومات حول كيفية القيام بإجراءات التقييم الجنسية النفسية الفيزيولوجية ، انظر : Laws, 1989) .

الفترة بين الجلسات ومدة العلاج

يتضمن منحانا العام لاضطراب الانتصاب لدى الذكور إجراء تقييم وجلسات علاجية مرة فى الأسبوع . وعلى الرغم من تأييد ماسترز وجونسون

(1) Penile Tumescence

Masters and Johnson (1970) أساساً لجلسات يومية ، فقد تبين أن هذا غير عملى بالنسبة لأغلب العملاء . يضاف إلى ذلك أن الدراسات الأمبيريقية الحديثة (مثال ذلك : Heiman & LoPicolo, 1983) انتهت إلى أن الرجال أصحاب اضطراب الانتصاب يستجيبون بصورة أفضل لجلسات أسبوعية من استجابتهم للجلسات اليومية ، وعندما كنا نجد سبباً للاعتقاد أن عددا أكبر من الجلسات قد يكون أكثر فائدة (فى فترة مبكرة من التقييم على وجه الخصوص) فإننا نرى العميل بمعدل أسرع . وعلى الرغم من ذلك ، فإن خبرتنا تشير إلى أن الجلسات الأسبوعية تسمح بقيام العميل بالممارسات المنزلية التى يعهد بها اليه دون افتقاد استمرارها . ويجب بالطبع إعادة تقييم الفترة بين الجلسات بصورة منتظمة ؛ لتحديد ما إذا كان جدول مختلف لها يمكن أن يخدم الزوجين بصورة أفضل ، ومهما كان سبب ذلك ، ودون مقاطعة استمرارية العلاج . وعندما يلتزم الزوجان أو الفرد بالتعليمات العلاجية بعناية ، فمن الممكن أن تتراوح الفترة بين الجلسات بين مرة كل أسبوعين أو ثلاثة أو حتى كل أربعة اسابيع ، وذلك بمجرد استقرار التحسن . وعند زيادة الفترة بين الجلسات ، يتعين إعطاء التعليمات التى تسمح بالإتصال التليفونى ، وحتى للحصول على جلسات طارئة إذا لزم الامر ، وكان أغلب عملائنا قادرين على تحقيق الأهداف العلاجية خلال ١٥ جلسة .

فرق آخر بين المنحى الأصلى لماسترز وجونسون ومنحانا ، هو أننا لا نستخدم بصورة نمطية فريق علاج طبى مشتركاً أو ثنائياً . وعلى الرغم من أن مثل هذه الطريقة لها قيمتها ، إلا أنها تزيد من تكلفة العلاج على العملاء . ولأننا نقوم دائماً بتدريب طلاب الدراسات العليا والخريجين المتدربين للمهنة ، فتتوفر لنا أحيانا مثل هذه الرفاهية ، إلا أنها غير ضرورية .

العوامل الاجتماعية

عندما نعمل مع رجال لديهم علاقات قائمة بالفعل ، فإننا نؤكد أهمية العمل معهما وليس مع الرجل وحده ، وبالتالى فإننا نوصى بشدة بضرورة حضور الزوجين معا جلسات التقييم والعلاج . وعلى المعالج أن يشرح خلال الجلسة الأولية مع الزوجين أن فلسفة التغلب على المشكلات الجنسية تتطلب جهدا تعاونيا من كلا الشريكين . ومن الضرورى جعل هذا الأمر واضحاً ؛ لأن كثيرين من العملاء يعتقدون :

(١) أن شخصاً واحداً هو الذى يلام على المشاكل .

(٢) وأن مهمة المعالج أن يشفى المريض المذنب .

وعلى الرغم من أهمية رؤية الزوجين معا ، إلا أنه من المهم أيضاً مقابلة كل منهما على انفراد بعد المقابلة الأولى . والغرض من المقابلات الفردية هو جمع معلومات صحيحة قد لا يسهل تقديمها فى وجود الطرف الاخر ، وقد يستهلك الوقت إذا تم مقابلة الزوجين معاً بصورة دائمة .

وتوجد بالنسبة لكثير من الافراد تفاصيل خافية (مثال ذلك علاقات غرامية جانبية ، أو أهتمامات جنسية مثلية) قد لا يكشف عنها فى حضور الشريك . وعلى الرغم من ذلك ، فإن هذه المعلومات جوهرية للتوصل إلى صياغة الحالة وتخطيط البرنامج العلاجى .

وكان بعض العملاء يبدأون العلاج ، فى بعض الحالات التى عالجناها، دون تعاون تام من شريكاتهم ، ويذكر بعض هؤلاء الرجال أن شريكاتهم خجلات ولكنهن متعاونات ، ويعتقد الشريك فى عدد قليل من الحالات أن المشكلة هى مشكلة العميل ويرفض المشاركة . ودائما ما يقدم امتناع الشريك عن المشاركة باعتباره سبباً من أسباب ضعف الطرق النفسية الاجتماعية ، ودائماً ما يمثل ذلك موقفاً صعباً لا يتأكد المعالج خلاله مما إذا كانت لديه كل الحقائق ذات الصلة الوثيقة بالمشكلة أم لا . ولمساعدة شريك غير متعاون على المساهمة فى العلاج ، يستطيع المعالج اقتراح التحدث تليفونيا مع الشريكة ، وإذا ظلت الشريكة رافضة ، يستطيع المعالج اقتراح قراءة مواد ذات علاقة وثيقة بالمشكلة تعدها الشريكة .

وغالباً ما لا يمكن تحقيق المكونات الجوهرية للتغير العلاجى (مثال ذلك تركيز الانتباه الحسى والتواصل الفعال) عندما يرفض أحد الشريكين المشاركة . وهذا الأمر صحيح على وجه الخصوص عندما يفهم أن الشريك غير المتعاون غاضب ولائم . ويستطيع المعالج بالطبع تقديم بعض المزايا العلاجية لشريكة العميل من خلال تقديم تفسير للأسباب ومعلومات وإيضاحات لسوء الفهم ، ومن خلال وضع المشكلة فى صيغتها الصحيحة ، ورسم الخطوط العريضة لاستراتيجية التغير . وعلى الرغم من ذلك ، فعلى المعالج أن يصف أيضاً حدود العلاج وألا يحاول تحويل اللوم أو الغضب المشتعل على الشريك الغائب ، ودائما ما تكون النتيجة النهائية للعلاج عميلا يحقق تحسنا فى فهمه للمشكلة وشعوراً أفضل عن

نفسه ، ولكنه قد يظل ضالعاً فى علاقة غير سليمة مع شريكته .

وليس كل الرجال ضالعين ، بالطبع ، فى علاقات . والحقيقة أن حوالى ٤٢٪ من الرجال الراشدين عزاب أو منفصلين أو مطلقين أو مترملين (Reynolds, 1991) ، ودائماً ما يتطلب الأمر أهتماماً خاصا من المعالج بهؤلاء العملاء العزاب . وعلى الرغم من ذلك ، فإن أغلب ما يناقش هنا ينطبق على هؤلاء العملاء ، إلا أنه من الشائع أن يدخل العميل الأعزب إلى العلاج دون مروره بتجربة «فشل جنسي» ، مع انخفاض فى تقديره لذاته ، وشعور بعدم الأمان الجنسى وتجنب للتفاعلات الاجتماعية . وعلى المعالج أن يكون حساسا لهذه المجالات المحتملة من الانشغالات ، وأن ينفق المزيد من الوقت فى توضيح الحدود ، التى يمكن أن تعوق التفاعل الاجتماعى .

ويعرض بعض العملاء العزاب الحضور مع شريكة عارضة للمساعدة فى العملية العلاجية . ومنحانا العام هو السماح بمشاركة شريكة إذا ما كان هناك التزام جاد نحوها ، والسبب فى ذلك هو حماية العميل ، طالما أن التقييم والعلاج يتطلبان كشفا ونقاشا مفتوحا للجراح والعلاقات الجنسية غير الشرعية ، التى قد يندم العميل فيما بعد على مناقشتها .

المتغيرات المتعلقة بالعميل

قدم لو بيكولو LoPiccolo (1992) حديثا الخطوط العريضة لخصائص العميل التى تشكل علامات مآلية جيدة . وهو يرى أن احتمال نجاح العلاج سيكون أكبر :

(١) إذا لم يتلق الرجل أية منبهات جنسية ملائمة قبل العلاج .

(٢) إذا كان إمتاع الشريكة الجنسية للعميل مازال يعتمد على تحقيق الرجل لانتصاب .

(٣) إذا كان لدى الزوجين فهم ضعيف للتغيرات العمرية فى الأداء الجنسى .

(٤) إذا كان لدى الرجل أو شريكته معتقدات تمثل مطالب غير واقعية من الرجل فى الأداء الجنسى .

وبصفة عامة يبدو أن هذه الخصائص تعبر عن آفات سلوكية أو تشوهات معرفية وصياغات خاطئة أكثر من كونها انفصام فى العلاقات أو اضطراباً نفسياً مرضياً متمكناً .

ولسوء الحظ ، يوجد ، على الرغم من ذلك ، حجم ضئيل للغاية من الدلائل الواقعية ، التى توثق الخصائص النوعية للعميل التى تحفز قدر أكبر من النجاح . ويذكر هوتون وزملاؤه (Hawton et al. (1992 فى واحدة من الدراسات القليلة للنتائج العلاجية أن النتائج الإيجابية ارتبطت بالتواصل الجيد قبل العلاج ، والتوافق الجنسى العام (وحيث تكون الإناث الشريكات شغوفات ومستمتعات بالجنس) ، وبغياب المشكلات السيكايترية لدى الشريكة ، ووضع اجتماعى اقتصادى أعلى ، وبانخراط الزوجين فى العلاج فى وقت مبكر ، ولم ترتبط النتائج بالعمر أو بالوضع الخاص بالعلاقات بصفة عامة .

وقد وجدنا ، باتساق مع نتائج هوتون وزملائه (Hawton et al. (1992 أن احتمال إفادة الزوجين اللذين يتسمان بتواصل ضعيف فيما بينهما من أساليب العلاج الجنسى ضعيف ، ما لم تكن المشكلات الزوجية قد حلت أولاً (انظر: Meisler, Carey, Krauss, & Latinga, 1988) ، وتوحى خبرتنا الإكلينيكية بالمثل أن الرجال شديدى التصلب (انظر : Mosher, 1991) فى نمط خصائص صلتهم بالعالم يجدون أن المناحى النفسية الاجتماعية مثيرة للتحدى . وأخيراً فالاحتمال أقل أن يستفيد من العلاج الأفراد ذوى الخلفية التعليمية المحدودة ، أو أولئك الذين يعتنقون عقائد دينية أصولية (أنظر : LoPiccolo, 1992; Masters & Johnson, 1970) . ويتعين استخدام هذه التعميمات لا باعتبارها مبررات لاستبعاد مثل هؤلاء العملاء من العلاج ، ولكن لمجرد تعرف التحديات الإضافية التى يمكن أن تقترن بهم .

المتغيرات المتعلقة بالمعالج

لا تتوفر دلائل امبيريقية توحى أن خصائص معينة فى المعالج تزيد من نجاح العلاج (Mohr & Beutler, 1990) . وعلى الرغم من ذلك ، فنحن نعتقد أن صفات معينة يحتمل أن تيسر عمليات التقييم والعلاج . وتبين خبرتنا أن العملاء يتقبلون بشكل جيد المعالجين ، الذين يتخذون موقفا عقليا داعما ومباشرا . ونعتقدا أنه من المفيد التحدث مع العميل بصراحة وبطريقة بسيطة عن القضايا

الجنسية ، ومن غير الملائم المزاح فيما يخص الموضوعات الجنسية ، أو التعامل بطريقة عدوانية مع سلوك العميل أو تخييلاته الجنسية أو قيمه .

التقــــييم

نتناول فى هذا القسم أهداف التقييم والقضايا الخاصة بأجراءات العمليات ، التى يمكن أن تظهر أثناء التقييم ، والطرق النوعية للتقييم . ثم نخلص بعد ذلك من مناقشة مختصرة إلى البيانات المتكاملة المتراكمة من الطرق المختلفة . ويقترب المنحى المقدم هنا من مناقشتنا السابقة لهذه الموضوعات (مثال ذلك Wincze & Carey, 1991) .

أهداف التقييم

يتشوق العملاء لرؤية تغير وتحسن يحدثان ، وهم يتقدمون إلينا فى نهاية الأمر للحصول على علاج ؛ ولهذا يكون من المغرى القفز مباشرة نحو المشكلة والقيام بالتدخل . وعلى الرغم من ذلك ، نعتقد أن الأمر يستحق استخدام جلستين أو ثلاثة على الاقل ؛ لإجراء تقييم دقيق قبل بدء التدخل العلاجى .

الهدف الأول من عمليات التقييم هو تحديد تشخيص الشكوى المقدمة ؛ أى تسمية ووصف المشكلة : هل المشكلة حقيقة اضطراب انتصاب ، أم أنها سرعة قذف(1) أو مرض بيرونى(2) ، أم قذف داخلى(3) ، أم انخفاض فى الرغبة (على القارئ الذى لا آلفة له بهذه الحالات الرجوع لوينسزوكارى Wincze & Carey, 1991 لمزيد من التفاصيل) ، ما تكرار حدوث المشكلة ؟ وفى أى ظروف تحدث ؟ وقد أصبحت إجراءات التقييم الضرورية ؛ للوصول إلى تقييم سليم للاضطراب الجنسى أكثر تعقيدا فى الاعوام الأخيرة . ونحن نفهم الآن أن أغلب المشكلات الجنسية تحدث من خلال تفاعل بين عوامل طبية ونفسية اجتماعية ، وتتطلب مدى واسعاً من مدخلات خبراء التشخيص .

هدف ثانٍ لعمليات التقييم هو صياغة السبب أو الاسباب المتعلقة بالشكوى القائمة (Carey, Flasher, Maisto, & Turkat, 1984) ، وقد تتم هذه الصياغة عبر مستويات من التحليل (أى المستويات البيولوجية والنفسية والاجتماعية) ،

---

(1) Pre-mature ejaculation

(2) Peyronie's disease

(3) Retrograde ejaculation

وعبر الوقت (أى العوامل المهيئة والعوامل المعجلة وعوامل الاستمرار) ويتعين التفكير فى عملية الصياغة هذه باعتبارها فروضاً عاملة يتم صقلها مع الوقت (انظر : Carey et al., 1984) .

هدف ثالث هو تقديم عائد (رد فعل) للعميل ، وبهذا المعنى يمكن أن يكون التقييم علاجياً ، ويستطيع المعالجون أن يوضحوا للعميل أن مشكلته مفهومة ، وأن لديهم هدفاً لخطة علاجية .

هدف رابع هو تحديد خط أساس ، يمكن من خلاله تقييم فعالية العلاج .

ولا ينفصل التقييم الشامل عن العلاج ؛ ففى إطار عملية التقييم تتم مواجهة اتجاهات العميل ، وتعليمه معلومات جديدة ، وتصحيح سوء الفهم لديه . ومن خلال سؤال العميل عن العوامل المختلفة التى تؤثر فى استجابته الجنسية ، يساعد المعالج العميل على عرض المشكلة الجنسية بوصفها حالة وليست سمة غير قابلة للتغير . وهذه الصياغة مهمة للمساعدة على إعادة التفاؤل للعميل وشريكته . وبالمثل يعمل العلاج على خفض أو إزالة اللوم المتعلق بالمشكلة الجنسية . وتستقصى فى التقييم المعلومات من كل شريك ، وبالتالى يساعد ذلك على إعادة تصحيح اللوم والشعور بالذنب وتوجيه طاقة الشريكين نحو حل المشكلات . وييسر التقييم أيضا عملية إزالة حواجز التواصل بين الشريكين . وتبدأ هذه العملية خلال التقييم عندما يطلب من العميل مناقشة تفاصيل سلوكه الجنسى وتفاصيل السلوك الجنسى لشريكته ، ويلاحظ العملاء مناقشة المعالج للأمور الجنسية بطريقة واضحة وغير مهددة ، ويؤثر نموذجه هذا في المناقشة على تواصله معهما .

وبالتالى ، يتعرض الزوجان ، من خلال عمليات التقييم ، لنمط من التواصل ، ويشجعان على التقارب وليس التجنب ، وعلى مناقشة الأمور الجنسية بطريقة بناءة ، وليس بطريقة هدامة ، ومما لا يثير الدهشة أن الكثير من الأزواج يذكرون حدوث تغيرات إيجابية لهم أثناء إجراءات التقييم .

قضايا العمليات

يمكن استخدام تعبير «العمليات» لوصف التفاعل بين العميل والمعالج ، هذا التفاعل الذى يمكن أن ييسر أو يعوق التقييم والعلاج . ومن الواضح أن الكثيرين من العملاء لا يشعرون بالراحة عند التعامل مع المشكلات الجنسية ، ودائماً ما تظهر المشاعر الشخصية بالصدمة والحرج ، خلال محاولات ابداء التعاطف

والتقبل . وسوء التعامل مع هذه المشاعر يمكن أن يكون مثيراً للشقاق ويؤدى إلى إقامة الحوائل فى وجه علاج فعال . وإذا لم يكن فى مقدور المعالج التحكم فى مشاعره بطريقة ملائمة ، فعليه أو عليها ألا تتعامل مع المشكلات الجنسية . ويتبين العملاء على الفور مشاعر الحرج أو عدم الكفاءة والأمثلة الإضافية لعوامل العمليات التى يمكن أن تخرب التقييم (وبالمثل تخرب العلاج بعد ذلك) تتضمن الاختلاف بين المعالج والعملاء فى العمر ، والجنس ، والأصل العرقى والمثيرات الجنسية ، أو الاشمئزاز المتبادل من المعالج نحو العميل ، أو من العميل نحو المعالج.

وقد وجدنا ، عند القيام بالتقييم ، أنه من المفيد تبنى بعض «الافتراضات الأساسية» أى فروض نحو عملائنا (أنظر : Wincze & Carey, 1991) ، وتعكس هذه الفروض الاتجاه المفضل للخطأ . وبالتالى ، فمثال ذلك أننا نفترض أن هناك مستوى منخفضاً من الفهم اللفظى لدى العميل ، ومن هنا نوجه اللغة نحو العميل بطريقة واضحة وعيانية . ومن الواضح أنه بقدر تعلمنا أكثر عن العميل فإننا نقوم بتعديل هذه الافتراضات وفقاً لهذا الفهم ، وتتضمن بعض الافتراضات الأساسية الأخرى التى نتبناها فى عملنا الآتى :

* سيشعر العملاء بالإحراج ، وسيكون من الصعب عليهم مناقشة الأمور الجنسية . وقد أشرنا بالفعل إلى أن مشكلات الانتصاب يمكن أن تكون مهددة للغاية لكثير من الرجال . وقد يسبب لهم الحرج ألا يقدموا إلا معلومات محدودة ، أو يتغيبون عن الجلسات ، أو يتجنبوا بصفة عامة مناقشة انشغالاتهم .

* لن يفهم العملاء إطلاقاً التعبيرات الطبية بطريقة سليمة . ولا يستخدم أغلب الرجال التعبيرات نفسها التى نستخدمها عندما نصف الأداء الجنسى . وقد يسمعون تعبيرات ، مثل انتصاب (١) ، وقذف (٢) ، وايلاج(٣) ، ومداعبة(٤) ، وجماع(٥) ، وربما يستخدمون هذه التعبيرات ، غير أنه لا يوجد ضمان أنهم يعرفون ما تعنيه بالضبط .

---

(1) Erection
(2) Ejaculation
(3) Intromission
(4) Foreplay
(5) Coitus

* قد لا يحصل العملاء على معلومات عن الأداء الجنسي . وقد أفترض أحد عملائنا ، على سبيل المثال ، أن مشكلات الانتصاب تعني أنه مثلي الجنس ، على الرغم من أنه لم يمارس أي اتصال جنسي مثلي ، وليس لديه أي أهتمام جنسي بالرجال . ولا يعرف الكثيرون أن هناك فترة امتناع عن الانتصاب لدى الرجال تتلو مباشرة الوصول إلى النشوة(١) ، أو أن انتصاب الصباح المبكر لا علاقة له بمضمون الأحلام ، وأن كبار السن عادة ما يحتاجون إلى منبهات حسية إضافية للحصول على انتصاب .

* يصبح العملاء في أزمة وقد يميلون للانتحار ، ومن المهم أن تكون حساساً لمستوى يأس العميل واكتئابه . وعلى الرغم من أن مشكلة العميل قد تبدو واضحة أو مشوقة للمعالج ، إلا أنها قد تكون الحدث المفجر لدى رجل معرض للانتحار . ومن الأمور التي تستحق الاهتمام التقصي بهدف تعلم معنى الاضطراب ، وكذلك توقعات الرجل نحو المستقبل ، وإلى أن يحصل المعالج على هذه البيانات ، يكون من الحكمة توخي جانب الحيطة .

ونحن نفترض بالمثل أن الشريكين غير منفتحين بعضهما على البعض ، ولا يتناقشون بحرية في الأمور الجنسية فيما بينهم ، كما نفترض أنهم عندما يناقشون المشكلات الجنسية معنا ؛ فقد تكون هذه هي المرة الأولى على الإطلاق التي يكونا قد فعلاً فيها ذلك ، كما أنهم قد لا يناقشون أيضاً هذه الموضوعات بينهما فيما بين الجلسات . ونفترض أخيراً أن الزوجين سيتجنبان ممارسة الجنس بسبب الخوف والشعور بعدم الراحة .

ولا شك أن كل معالج جنسي سيقوم بتطوير فرضيات إضافية ، تستحق أخذها في الاعتبار .

أساليب التقييم

قد يتضمن التقييم النفسي الاجتماعي لاضطراب الانتصاب لدى الذكور جمع معلومات من ثلاثة مصادر : مقابلة اكلينيكية ، واستخبارات للتقرير الذاتي ، وإجراءات نفسية فيزيولوجية .

(1) Orgasm

المقابلة الإكلينيكية

تخدم المقابلة الاكلينيكية بوصفها حجر الزاوية فى عمليات التقييم (Wincze and Carey, 1991) ، وهى تعد المصدر الوحيد للبيانات ، التى يمكن الحصول عليها بالنسبة لعديد من الممارسين . وقد يكون إجراء مقابلة حول الموضوعات الجنسية أمراً يثير التحدى على وجه الخصوص ؛ لأن أغلب الناس فى حضارتنا لا يشعرون بالراحة عند مناقشة أمورهم الجنسية . يضاف إلى ذلك أن عديداً من الأفراد لديهم معتقدات دينية وحضارية حول ما هو مقبول وما هو غير مقبول من السلوك الجنسى ، وقد يشعرون أنهم هوجموا إذا تعارضت وجهات نظر المعالج مع معتقداتهم .

وتوفر المقابلة أفضل خدمة لاحتياجات العميل إذا ما حصل المعالج على معلومات مهمة بطريقة حساسة ولكن خلال وقت كافٍ . وبالتالى فإننا نوصى باتباع خطوات تنظيمية عريضة خلال المقابلة ، وقد وجدنا أن تخصيص ثلاث جلسات للحصول على تاريخ الحالة عادة ما يكون ملائماً . وتخصص الجلستان الأوليان (بصفة عامة) لإجراء مقابلتين منفصلتين مع كل شريك من الشريكين ، وتجمع الجلسة الثالثة بينهما معا .

ويتعين أن يبدأ التقييم بتقديم ملائم للعميل أو العملاء ، يجب خلاله إيضاح محتوى التقييم وخطته العامة ، ونحن نفضل القيام بذلك أثناء حضور كل من الشريكين .

ولنتخيل ، بهدف الإيضاح ، زوجين يتم التقديم لهما على الوجه الاتى :

«أود اليوم فى أول مقابلة لنا الحصول على الخلفية نفسها من المعلومات من كل منكما ، ثم أود أن افهم بعد ذلك ما القضية التى جعلتكما تحضران هنا اليوم . وأود جمع المعلومات خلال ثلاث مقابلات . وتوحى خبرتى السابقة أنه سيكون من المفيد للغاية إذا قمت بمقابلة كل واحد منكما على انفراد فى جلسة خاصة . لهذا أود أن ابدأ اليوم بإجراء المقابلة معك أنت يا بوب ، وخلال إجراء هذه المقابلة أود أن اطلب من مارى أن تجيب عن بعض الاستخبارات الموجودة لدى سكرتيرتى . وعندما نلتقى فى الأسبوع القادم ، أود أن تكون مقابلتى مع مارى بمفردها فى الوقت الذى يجيب فيه بوب

عن الاستخبارات . ثم التقى بكما معا فى الجلسة الثالثة . وسيكون فى مقدورى فى نهاية الجلسة الثالثة أن أمدكما بانطباعى الإكلينيكى ، وعرض خطة البرنامج العلاجى عليكما»

وبعد هذه الملاحظات التقديمية ، يدعى الزوجان لتقديم أية أسئلة لديهما ، وتنفق بقية الجلسة فى إجراء المقابلة مع أحد الزوجين منفردا .

وتتضمن أهداف الجلسة الأولى إقامة التعاون مع العميل ، والحصول على وصف عام لمشكلة الانتصاب ، والحصول على تاريخ نفسى اجتماعى شامل ، والحصول على وصف لبقية انشغالات العميل الحياتية ، الضغوط الحالية وغيرها ، بهدف تحديد ما إذا كان العلاج الجنسى ملائم لهذا العميل أو الزوجين فى هذا الوقت أم لا .

ولا توجد توجيهات معينة للتوصل إلى هذا التحديد بالنسبة إلى الهدف الأخير ، وبالتالى فعلى المعالج أن يقرر – على أساس من ظروف كل حالة على حدة – ما إذا كان العمل على علاج مشكلة جنسية سيفيد العميل أو الزوجين أم لا . ومن المؤكد أنه فى حالة ما إذا كان أحد الزوجين يعانى من الاكتئاب أو لديه قلق واضح ، أو إذا كان هناك قدر كبير من الغضب بين الشريكين ، فيصبح الأكثر ملاءمة التوجه نحو المشكلات غير الجنسية أولاً ، وقد يكون إصلاح المشكلة الجنسية أمرا ثانويا فى بعض الحالات التى توجد فيها أمور أكثر إثارة للمشكلات . يضاف إلى ذلك أن التقييم والعلاج الفعال يتطلبان اتجاهات متعاونة من كلا الشريكين مع المعالج ، وإلى التوصل إلى تسوية بينهما عندما تكون هناك اتجاهات عدائية بينهما ، وبالمثل قد يكون هناك خلل فى التواصل بين الشريكين ، وهو أمر يجب مواجهته قبل البدء بمواجهة المشكلات الجنسية .

ونحن نعتقد أنه من صالح العميل أن يصل المعالج إلى أعماق اهتماماته وانشغالاته ، وبالتالى فإنفاق عدة جلسات لمجرد «إذابة الثلوج» أو « إقامة علاقة» أمر غير مبرر فى كثير من الحالات . وعلى الرغم من ذلك ، فمن المفيد الحصول على فهم عام لتاريخ العميل ، وبالأخص فى كل ماله صلة بتوافقه الجنسى .

ولا ننصح باتباع نظام متصلب فى طرح الأسئلة بالنسبة لكل العملاء . والبديل لذلك هو أن تعكس بنية ومضمون المقابلة احتياجات العميل . وهناك موضوعات متعددة تثير تأزم العميل ويتعين الانشغال بها قبل التركيز على الأمور

الجنسية ، وقد يكون من المهم السماح للعميل بالاستطراد خارج السياق المعتاد للجلسة ، ويسمح بذلك فقط فى حالة ما إذا كان هذا الاستطراد يمكن أن يسهم فى نهاية الأمر فى الحصول على قدر أفضل من الفهم للعميل أو لمشكلته .

وبينما هناك اعتراف بالحاجة إلى تفرد بنية المقابلة ومحتواها بالنسبة لكل عميل ، إلا أننا نستطيع ، على الرغم من ذلك ، أن نقترح نظاما يمكن أن يكون بمثابة النموذج . فأولا ، قد يكون من المفيد البدء بالحصول على البيانات الديموجرافية غير المهددة (مثل : العمر ، الحالة الزواجية ، من يعيش معه فى البيت ، الوظيفة الحالية ، الخلفية التعليمية ، العنوان ، ورقم التليفون) ، ثم الاستمرار بعد ذلك باستخدام أسئلة مفتوحة النهايات : «لماذا حضرت اليوم ؟» «كيف يمكن أن أساعدك ؟» ، وعليك ملاحظة مقدار تحرر العميل وراحته فى مناقشته لأموره الجنسية ، ومشكلته الخاصة . وعليك استخدام الأسئلة التفصيلية والتعلقيات التوجيهية للمحافظة على تركيز العميل على الهدف . وما أن يشكل المعالج انطباعا عاما حول حجم مشكلة الانتصاب وتأثيرها عليه/أو عليها ، عليه الانتقال إلى تفاصيل التاريخ الزمنى للعميل .

وعادة ما يكون من المفيد الحصول على تاريخ نفسى جنسى ، وتاريخ نفسى اجتماعى وبالنظر إلى طفولة المريض ، قد يرغب المعالج فى السؤال عن بنية الأسرة والخبرات السابقة . وقد يكون من المفيد بالإضافة إلى ذلك السؤال عن الوضع الاجتماعى ، وعن إساءة المعاملة أو الإهمال ، والخبرة الجنسية الأولى (وهل كانت سارة أم محزنة) والعلاقة بين الوالدين ، وإساءة استخدام الكحول أو المخدرات ، والمعلومات حول الجنس ، وأى معلومات أخرى يمكن أن تكون ذات علاقة . ودائماً ما تكون فترة المراهقة غنية بالمعلومات . ويحتمل أن يستقصى المعالج عن العلاقة بين الأقران ، وتقدير الذات وصوة الجسم ، والمواعدة الغرامية ، والخبرات الجنسية (سواء الخبرات الغيرية أو المثلية) والنجاح والفشل فى المدرسة ، وتعاطى المخدرات ، وأية معلومات أخرى ممكنة ذات علاقة .

ويحتمل أن تكون المعلومات الأحدث المتعلقة بسنوات الرشد أكثر أهمية ، وعلى المعالج أن يقوم بالآتى :

* أسأل عن العلاقات والأحداث المهمة بعد سن العشرين .

* حاول التركيز على تقدير الذات وتاريخ الزواج والعلاقة ، والخبرات الجنسية ، الخ .

* استقصى الخبرات الجنسية غير العادية ، والتاريخ المرضى النفسى أو العلاج الطبى النفسى .

* أحصل على معلومات تفصيلية حول الوضع الجنسى الحالى ، بما فى ذلك الخبرات الجنسية وغير الجنسية فى العلاقة القائمة فى الوقت الحالى، والتغيرات الحديثة فى الأداء الجنسى وفى الاشباع ، أو فى أيهما، مرونة الاتجاهات والسلوك الجنسى ، والعلاقات خارج الزواج .

* مصادر القوة والضعف فى الشريكة ، والمفضل وغير المفضل فى السلوك الجنسى للشريكة ، إلخ .

وحتى إذا كان لدى العميل تقييم طبى حديث ، فمن المفيد الحصول على تاريخ طبى مختصر . وعلى المعالج أن يسأل عن الأمراض المهمة فى الطفولة والمراهقة ، والجراحات التى أجراها العميل ، والرعاية الطبية التى حصل عليها ، والاضطرابات الخلقية وغيرها . وعليه أن يفحص الكيفية التى اختبر بها العميل التغيرات الجنسية الثانوية . وعلى المعالج أن يمنح اهتماما خاصا للتاريخ الطبى للعميل بعد عمر العشرين ، وأن يسأل عن أى أمراض وجراحات مهمة ، وما حصل عليه العميل من رعاية طبية إلى آخره . وعلى المعالج أن يتأكد من السؤال عن ما إذا كان العميل يحصل على رعاية طبية منتظمة (وإذا لم يكن يحصل على مثل هذه الرعاية ، فعليه إحالته إلى جهة رعاية طبية) ، وهل يحصل على أدوية موصوفة له ، أو يعالج حاليا من أية مشكلات طبية .

وعلى المعالج أن يكون حساساً خلال فحص العميل للموضوعات ، التى يحتمل أن يقوم العميل بإخفائها ، وعليه أن يسأل عن ما إذا كانت هناك موضوعات ما لا يريد العميل مناقشتها أمام شريكته ، ونحن نؤمن بقوة بضرورة خلق بيئة مقابلة ، يستطيع فيها كل من الشريكين أن يثق فى سرية ما يدور فيها ، ودون المقابلات المنفردة والسرية تظل المعلومات الجوهرية خافية .

ويذكر لكل الأزواج أنه من المفيد والأكثر كفاءة أن يخضع كل منهما للمقابلة الأولية بمفرده ، على الرغم من أن التأكيد العلاجى العام سيكون على تفاعل الزوجين والتواصل بينهما . والاكثر من ذلك ضرورة أن يذكر للزوجين أنه سيكون من المفيد فى بعض الاوقات العمل مع أحدهما بمفرده بهدف معالجة بعض الأمور المعينة . ومن خلال هذه الإفادات منذ البداية ، يستطيع المعالج

إقامة ظروف تسمح بالعمل على المشكلات التى تظهر لاحقا خلال العلاج .

ولتوفير إمكانية ثانية للعميل للكشف عن أى شىء يفكر فيه مما يكون له علاقة ، يوصى لوبيكولو وهايمان LoPiccolo and Heiman (1978) بإنهاء المقابلة بالسؤال التالى : «هل هناك أى شىء أخر تود الحديث عنه حول خلفيتك ، مما تعتقد أن له علاقة بحياتك الجنسية ؟» .

وتخصص الجلسة الثانية لمقابلة الشريكة ، ونحن نسأل هذه الشريكة عن ما إذا كان هناك أى تغير قد حدث منذ المقابلة الأولى ، وما إذا كان شريكها قد ناقش معها ما جرى فى المقابلة الأولى معه (أو معها) . وتوفر الإجابة عن هذه الأسئلة معلومات حول نمط تفاعل الزوجين ومدى انفتاح التواصل بينهما ، والقدرة على تحديد وقت لمناقشة القضايا الهامة . ومن المهم أيضاً سؤال الشريكة عما إذا كانت هناك قضايا أو أسئلة تود الحديث فيها قبل بداية الجلسة . ويسمح هذا الاسلوب مفتوح النهايات بمناقشة قضايا الإجراءات (مثل شك العميل حول مؤهلات المعالج) ، وكذلك الموضوعات الشخصية المهمة التى يمكن أن تؤثر على العلاج (مثال ذلك علاقات العميل الغرامية ، أو وفاة حدثت فى العائلة) .

وما أن ينتهى التعامل مع القضايا ذات النهايات المفتوحة ، يستطيع المعالج الانتقال إلى المقابلة الملائمة ، والتى يتعين أن تتبع فيها الخطوط العريضة ، التى استخدمت فى المقابلة الأولى (مع إجراء التعديلات الضرورية) .

عادة ما تضم جلسة التقييم الثالثة الشريكين معا . ويمكن أن يحدث استثناء لذلك إذا ما كانت احتياجات أحدهما طاغية بشدة لدرجة تفرض ضرورة القيام بعلاج فردى سابق على علاج الزوجين . ويجب أن تبدأ الجلسة مع الزوجين معا بطريقة الأسئلة مفتوحة النهايات بهدف تحديد ما هى التغيرات والمناقشات التى تكون قد حدثت منذ الجلسة السابقة . واستجابة الزوجين لهذه الطريقة مهمة تشخيصيا ؛ لأنها توفر للمعالج فهما لكيفية تناول الزوجين للموضوعات المشكلة وطريقة مناقشتها بينهما . ويستطيع المعالج ملاحظة أى من الشريكين هو الذى يتحمل مسئولية ذلك ، وكيف يعبر كل منهما بطريقة فعالة عن احتياجاته/أو احتياجاتها . ويتعين أن يوضع فى الاعتبار أيضاً أن الزوجين قد يكونان مسحوقين تحت مشكلات أو ضغوط حديثة . ومن الواضح أنه من المهم تعرف الموضوعات ، التى تشغل الزوجين وتشتتهم بعيداً عن محور التقييم القائم .

ويجب على المعالج إنفاق بقية الجلسة الثالثة الخاصة بالتقييم في تحديد أهداف العلاج (سواء علاج جنسى أو غير جنسى) موضحاً الخطوط العريضة لخطة العلاج ، ومفسراً التفاصيل الخاصة بالمراحل الأولية للعلاج . ولتوفير قدر إضافى من التعاون ومضاعفة الإذعان العلاجى على المعالج أن يسأل كل من الشريكين عن مشاعره حول خطة العلاج ، وما المشكلات التى يتوقع كل منهما أن تحد من تقدم العلاج .

وهناك حاجة لقدر إضافى من التقييم بالنسبة لبعض العملاء ، مثل تطبيق اختبارات نفسية ، وتقييم فيزيولوجى ، وتقيم طبى . وعندما تكون هذه هى الحالة، يتعين تأجيل التعليم العلاجى إلى أن يتم استكمال الصورة التقييمية . ومن المهم للغاية تفسير الحاجة إلى مزيد من التقييم ؛ حتى لا تنخفض دافعية المريض أو يحبط .

استخبارات التقرير الذاتي

بصفة عامة ، تعد اختبارات التقرير الذاتى مقاييس ورقة وقلم معيارية يسهل على المعالج تطبيقها وتصحيحها، ويسهل على العملاء إكمالها بسرعة ، وتساعد هذه المقاييس على توفير صورة لحالة المريض فى أى مرحلة من خلال تكرار تطبيقها ، ولمثل هذه الاختبارات عديد من الإمكانات المتميزة . فهى تقدم للمعالج معلومات واسعة بتكلفة ضئيلة ، كما تسمح للعملاء بتعرف أفكارهم بطريقة جيدة عادة ما لا تكون ممكنة خلال أوقات المقابلة المحددة ، كما تسمح للعملاء بالكشف عن المعلومات الحساسة ، التى قد لا يكشفون عنها خلال التفاعل «الحى»، أو التى يجدون أنه من الصعب بالنسبة لهم صياغتها لفظيا ، وهى تسمح للمعالج بمقارنة مدى تحسن العميل عبر الوقت ، وبحيث تجعل تقييم العلاج أكثر دقة وأقل استهدافاً لتحيز المعالج . وهى تسمح للمعالج أيضاً بمقارنة عميله بالأفراد الآخرين (بمساعدة معايير متوفرة) . وهى تخدم كذلك بوصفها منبهات إضافية تشجع العميل على التفكير فى جوانب حياته الجنسية ، كما يمكن أن تخدم بالمثل بوصفها أداة مسحية ، تساعد القائم بالمقابلة على أن يكون أكثر كفاءة فى الوصول إلى جوهر المشكلة المعروضة .

ونحن نستخدم الاختبار بطريقتين (ربما تكونا جديدتين) ، الأولى : حيث نستخدم بطارية مختصرة من المقاييس التى نرسلها إلى العميل مبكراً قبل بداية

الجلسة الأولى (مع توجيهاتنا المكتبية والمعلومات الخاصة بالأجور) . ونشجع العملاء على الإجابة عن هذه البطارية قبل الجلسة الأولى بهدف إعدادهم للجلسة، ولتوفير بعض المواد الإكلينيكية الأولية الموجهة للمقابلة .

ثانياً ، نقوم باستخدام أسلوب التقارير المزدوجة (أنظر : Ross, Cliford, & Eisenman, 1987) بالنسبة للأزواج الذين نشك في أن لديهم صعوبات تواصل ، وتصورات جنسية غير متطابقة ، إلخ . ويتم بهذه الطريقة الحصول على اجابة كل شريك من الشريكين عن الاستخبار نفسه مرتين ، فى المرة الأولى بالنسبة لنفسه ، وفى المرة الثانية حسبما يعتقد أن شريكه أو شريكته ، سيجيب عنه، ويسمح لنا هذا الأسلوب باختبار مدى الاتفاق بين الشريكين ، وكذلك مقدار فهم كل منهما لأفكار وتفضيلات الشريك الآخر ، ويمكن أن يكون لاستخدام هذه التقارير المزدوجة قيمة تشخيصية وعلاجية للمشكلات الزواجية .

وهناك عدد من الاستخبارات المفيدة ، وفيما يلى بعض مما وجدنا أنه مفيد. ويمكن الحصول على المزيد من المعلومات حول الاستخبارات الخاصة بالجنس فى ديفيز ، وياربر ، وديفيز Davis, Yarber, Davis (1988) وفى تلمادج وتلمادج Talmadge and Talmadge (1990) .

يتضمن مؤشر الرضا الجنسى[1] (ISS; Hudson, Harrison, & Grossup, 1981) ، ٢٥ بندا ، صممت لقياس درجة الرضا وعدم الرضا الجنسى فى العلاقة ، ويمكن استخدامه مع الأزواج المثليى الجنسية وغيريى الجنسية ، وهو يعتمد على الشكاوى الاكلينيكية الشائعة التى يقدمها العملاء (مثال ذلك : «اشعر أن حياتى الجنسية ليست جيدة» ، «لا يسهل حصولى على الإثارة الجنسية من شريكتى» ، «شريكى أو شريكتى شديد الفظاظة أو القسوة عند ممارستنا الجنس») ، وجوهر مؤشر الرضا الجنسى هو العلاقة وليس بنوداً معينة متعلقة بالانتصاب . وقد دعمت البحوث ثبات وصدق مؤشر الرضا الجنسى . (Hudson et al., 1981) .

وتتكون بطارية ديروجاتس للأداء الجنسى[2] (DSFI; Derogatis, 1975, 1978) من ٢٥٨ بندا يمكن تصحيحها للحصول على تقييم للمجالات العشرة

(1) Index of Sexual Satisfaction (ISS)

(2) Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI)

التالية : المعلومات ، الخبرة ، الدافعية ، الاتجاهات ، الأعراض النفسية ، الحالة الوجدانية ، مفهوم الدور الجنسى ، التخييلات الجنسية ، صورة الجسم ، والرضا . وتوحى الدلائل (من خلال مراجعة كونت Conte, 1983) أن بطارية ديروجاتس للأداء الجنسى تتسم بالثبات والصدق ، كما تتوفر لها بيانات معيارية ، والعيب الأولى فى هذه البطارية هو طولها . وعلى الرغم من ذلك ، فإننا دائما ما نستخدم منها المقاييس الفرعية الأكثر تعلقا بالعميل المعين .

ويعد مقياس التوافق الزوجى[1] (DAS; Spanier, 1976) مفيداً على وجه الخصوص فى تقييم مجالات مشكلات التفاعلات خارج النطاق الجنسى . ويحتوى هذا المقياس على ٣٢ بندا صممت لتقييم جودة العلاقة كما يدركها الأزواج ، المتزوجين منهم أو من يعيشون معا بلا زواج . ويمكن الحصول على درجة لأربعة مقاييس فرعية ، كما يمكن الحصول منه على درجة كلية ، ونحن نميل على الرغم من ذلك إلى استخدام الدرجة الكلية فقط فى عملنا . وهى توفر قياسا عاما للرضا بالعلاقة الزوجية أو المشتركة ، ولأن صياغة بنود مقياس التوافق تناسب مستوى القراءة للصف الثامن الدراسى (Jensen, Witcher, & Upton, 1987) يصبح من الممكن استخدامه بالنسبة لأغلب العملاء . وتوحى نتائج البحوث أن مقياس التوافق الزواجى ثابت وصادق (أنظر : Spanier, 1976; Carey, Spector, Lantinga, & Krauss, in press) ويستطيع أغلب الناس إكمال الإجابة عن مقياس التوافق الزوجى خلال ١٥ دقيقة ، ويمكن تصحيحه خلال ٥ دقائق .

ويحتوى مسح الأفكار الجنسية[2] (Sexual Opinion Survey, 1988 Byrne, White, and Kelley, 1988) على ٢١ بنداً تتجه لقياس الاستجابات الانفعالية والتقييمية لمجموعة من المنبهات الجنسية (الاستثارة الذاتية ، الجنسية المثلية ، والسلوك الجنسى الغيرى ، والتخييلات الجنسية ، والمنبهات الجنسية البصرية) (Fisher, 1988, p.34) . ويصف كل بند من هذه البنود الأحد والعشرين موقفاً جنسياً واستجابة وجدانية ايجابية أو سلبية له ، ويقوم العملاء بالإشارة إلى مدى موافقتهم (أو عدم موافقتهم) على الإجابة المقدمة . ونستخدم

(1) Dyadic Adjustment Scale (DAS)
(2) Sexual Opinion Surv ey (SOS)

مسح الأفكار الجنسية للمساهمة فى فهم الأفراد ، وتوحى البحوث أن المقياس يتسم بالثبات والصدق ، كما تتوفر له معايير (انظر : Fisher et al., 1988) ويستطيع أغلب الناس إكمال الإجابة عن المقياس خلال عشر دقائق ، ويمكن تصحيحه فى حوالى نصف هذا الوقت .

وصمم مقياس «الكفاءة الجنسية – الانتصاب»[1] (SSES-E; Libman Rothern-berg, Fichten & Amsel, 1958) خصيصا للإستخدام فى سياق اضطراب الانتصاب لدى الذكور . وهو يتضمن وصفا ل ٢٥ شكلاً من أشكال الاداء الجنسى الذكرى المرغوب (مثال ذلك : «الوصول إلى انتصاب كفء للممارسة الجنسية خلال فترة معقولة من الوقت»، «الوصول إلى انتصاب ثانٍ إذا فقد الانتصاب الأول خلال المداعبة») ويطلب من المجيبين الإشارة إلى ما يستطيعون أداءه منها ، وأن يقدروا مدى ثقتهم على مقياس من ١٠ نقاط يتراوح بين ١٠ (غير متأكد على الإطلاق) إلى ١٠٠ (متأكد تماما) . وقد تبين فى بحوث سابقة (مثال ذلك : Liberman et al., 1985) أن مقياس «الكفاءة الجنسية– الانتصاب» يتسم بالثبات والصدق .

وأحياناً ما يكون من المفيد استخدام استخبارات للحصول على معلومات حول مجال إكلينيكى آخر للإحاطة بالحالة المرضية . وعلى الرغم من أنه يتعين ألا تكون الاستخبارات هى المصدر الوحيد لمثل هذه المعلومات ، إلا أنها يمكن أن تكون أداة مساعدة مفيدة . وقد وجدنا أن قائمة الاعراض[2] (Derogatis, 1983) ويطارية بيك للاكتئاب[3] (Beck, ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) مفيدة فى مجال المرض النفسى والاكتئاب على الترتيب . وأحياناً ما تستخدم الصورة المختصرة لاختبار ميتشيجان لمسح الكحولية[4] (Pkorny, Miller, & Kaplan, 1972) ، واختبار مسح سوء استخدام العقاقير[5] (Skinner, 1982) لمسح سوء استخدام العقاقير . وهناك مصدر عام جيد لاستخبارات أخرى مختصرة ، هو كوركوران وفيشر (1987) Corcoran and Fischer .

(1) The Sexual Self-Efficacy Scale-Erection
(2) Symptoms Check List
(3) Beck Depression Inventory
(4) Michigan Alcohol Screening Test
(5) Nocturnal penile tumescence (NPT)

التقييم النفسي الفيزيولوجي

يمكن للتقييم النفسى الفيزيولوجى أن يصبح أداة قوية بين عُدة أسلحة التقييم . ويعد هذا الاتجاه أقل عرضة للتشوهات والتحيزات ، التى قد تحدث فى المقابلات الشخصية والاستخبارات . يضاف إلى ذلك أن المقاييس النفسية الفيزيولوجية تسمح للمرء بالحصول على فهم أفضل للعوامل الفيزيولوجية الكامنة، وللميكانيزمات الحقيقية للاضطراب فى بعض الاحيان .

وعلى الرغم من ذلك ، فإنها قليلا ما تستخدم فى الممارسة لأنها تتطلب قدراً كبيراً من المهارات الفنية وأجهزة للتسجيل الفيزيولوجى ، وأدوات مكلفة . وبالنظر إلى هذا الأمر الأخير ، يحتمل أن تكلف الوحدة الاساسية ١٠٠٠ دولار أو أكثر . ويتطلب الإعداد الجيد لمعمل تقييم ملائم ١٠٠٠٠ دولار أو أكثر .

وإذا كانت المهارات والتكلفة لا تمثل مشكلة ، يصبح هناك توجهان يستحقان الاهتمام : الأول هو التسجيل الفيزيولوجى للامتلاء القضيبى الليلى[١] خلال الليل . وعادة ما يتم ذلك فى معمل مجهز للنوم الكامل . ويتمثل منطق هذا الإجراء باختصار فى أنه إذا كان فى مقدور رجل ما الحصول على انتصاب أثناء النوم (وهو ما يحدث لأغلب الرجال بين مرتين إلى خمس مرات فى الليلة الواحدة) دون أن يكون فى مقدوره الحصول على انتصاب من خلال تنبيهات شريكته ، فيفترض عندئذ أن مصدر اضطراب الانتصاب لديه نفسى اجتماعى أساساً . وعلى النقيض من ذلك ، إذا لم يكن فى استطاعة الرجل الحصول على انتصاب أثناء الليل ، فيفترض عندئذ أن الاضطراب الذى يعانى منه ناتج أساساً عن عوامل بيولوجية (على الرغم من إمكان توقع عوامل نفسية إضافية أيضاً) .

وعلى الرغم من الاحتمالات الواعدة لتقييم الامتلاء القضيبى الليلى ، إلا أن هناك عدداً من التحديات المهمة لاستخدام هذا الأسلوب وتفسيره . وسنناقش اثنين من هذه التحديات (للحصول على مناقشة واسعة لهذه التحديات فى موضع آخر ، انظر ميسلر وكارى Meisler & Carey,1990) . التحدى الأول هو أنه يلاحظ من وجهة نظر فنية تماما ، أن البيانات الحديثة تشير إلى أن الامتلاء القضيبى الليلى يمكن أن يتأثر بمشكلات النوم (من ذلك الاختناق ، وانقطاع التنفس الخفيف، والحركة الدورية للأرجل) وهى مشكلات لا يتم تقييمها روتينيا

(1) Nocturnal penile tumescence (NPT)

خلال التقييم النمطى للامتلاء القضيبى الليلى . وقد تؤدى خصائص النوم هذه إلى حقائق زائفة ، يمكن أن تتدخل فى تفسير دلالات الامتلاء القضيبى الليلى . ثانياً ، يلاحظ من وجهة نظر عملية ، أن تقييم الامتلاء القضيبى الليلى من الأمور المكلفة للغاية ، وتتطلب الاجراءات النمطية لهذه المهمة اجهزة مكلفة ، وعمالة مكلفة ، وتوفر إمكانات تتيح للعميل قضاء ليلتين أو ثلاث ليال فى مركز للنوم . ونتيجة لهذا تتجاوز هذه الإجراءات التقييمية الإمكانات المادية لأغلب العملاء .

وقد تزايدت حديثاً أدوات مراقبة الامتلاء القضيبى الليلى . مثال ذلك أننا استخدمنا الـ Rigi - Scan للمساعدة فى اتخاذ القرارات الإكلينيكية . ويمكن للأجهزة المشابهة أن توفر وسيلة مفيدة لإجراءات التقييم ، إلا أنها مكلفة أيضاً ، ويمكن أن تؤدى إلى بيانات مضللة إذا لم يتم الإشراف عليها بعناية . وقد جربنا (Gordon & Carey, in press) أيضاً باستخدام مراقبة الامتلاء القضيبى خلال الإغفاءات اثناء النهار ، إلا أن الامر يتطلب مزيداً من البحوث ، قبل أن يصبح هذا الإجراء ملائماً للاستخدام الاكلينيكى .

الأسلوب الثانى هو التسجيل الفيزيولوجى للامتلاء القضيبى استجابة لمنبهات شهوانية . ومن المؤكد أن نقص هذه الاستجابة هو الذى يذكر دائما باعتباره مشكلة فى اضطراب الانتصاب . ومثل هذه الدراسات للاستثارة النهارية أو لدراسة الاستجابة للمنبهات الجنسية البصرية ، كما يطلق عليها ، وفرت معلومات قيمة فى عمليات التقييم . مثال ذلك ، أن وينسز وزملاوءه Wincze et al. (1988) وجدوا أن تعرض بعض الرجال ممن يعانون من هذا الاضطراب لمنبهات شهوية يؤدى إلى انتصاب كامل ، على الرغم من أن هؤلاء الرجال يذكرون عدم قدرتهم على الحصول على انتصاب . وتفيد مثل هذه البيانات جوهرياً فى صياغة الحالة .

مجمل القول ، أن الاجراءات النفسية الفيزيولوجية تثير تحديا فنيا كما أنها مكلفة ، إلا أنها يمكن أن تكون ذات قيمة . وعلى القراء المهتمين بتعرف هذه الإمكانات الرجوع إلى لويس Laws (1989) للحصول على معلومات إضافية .

تكامل البيانات عبر الأساليب المختلفة :

كما أشرنا من قبل ، فإن احد اهداف التقييم هو تطوير صياغة متماسكة للحالة (بمعنى صياغة فروض عاملة للأسباب المرضية للمشكلة) ، ويتعين أن

تربط هذه الصياغة كل جوانب شكوى المريض بعضها بالآخر ، وتفسر لماذا طوًّر الفرد هذه الصعوبات (Carey et al., 1984) وأحد أهداف هذه الصياغة هى مساعدة المعالج على تطوير خطة العلاج . والهدف الثانى هو أن يفسر للعملاء أن:

(١) مشكلتهم مشكلة مفهومة ، ما أن تتوفر عناصرها الفيزيولوجية وتاريخها الطبى وخبرات الحياة وغيرها من المعلومات (بمعنى أنهم ليسوا مجانين) .

(٢) هناك سبب وراء الأمل والتفاؤل .

(٣) هناك خريطة إدراكية ومبرر يمكن إقامة خطة علاجية وفقاً لهما .

وأخيراً يسمح تطوير صياغة الحالة للمعالج بالمراجعة مع العميل ؛ ليرى إذا ما كان قد حصل على كل المعلومات الضرورية ، وأن ما حصل عليه من معلومات صحيح .

وأحد أكثر الجوانب إثارة للتحدى فى العلاج الجنسى ، هو تكامل مستويات التأثير المختلفة (أى البيولوجية والفيزيولوجية والزواجية والحضارية) فى صياغة متماسكة للحالة .

وعلى الرغم من صعوبة ذلك ، فإن الصياغة البيولوجية النفسية الاجتماعية للحالة تجمع معاً كل العناصر الثرية فى الأداء والاضطراب الجنسى . والاحتمال الأكبر أن يوافق العميل على تجربة منحى نفسى اجتماعى ، إذا تبين المعالج أن العوامل البيولوجية ليست غير متعلقة ، ولكنها قد تخطيت أو مؤجلة ؛ إذا تبين عندما استفسر عنها وجود تأثيرات زواجية محددة وتأثيرات اجتماعية حضارية . ومن المهم أن يكون المرء حساساً للطقوس والتقاليد الخاصة التى استقرت بين الزوجين ، وكذلك القضايا العرقية والحضارية والدينية .

ويجب أن تتضمن صياغة الحالة المجالات البيولوجية والنفسية والاجتماعية، حتى إذا كان المعالج يعتقد أن أحد هذه المجالات لا يسهم فى المشكلة فى الوقت الراهن . ومن الصعب دائماً التنبؤ بالمستقبل ؛ لذا يتعين أن تقوم أرضية العمل على معلومات إضافية تكون متاحة ، إذا حدثت تطورات مستقبلية . يضاف إلى ذلك أن هذا المنحى الشامل فى صياغة الحالة سيعطى العميل ثقة فى أن المعالج معنى بكل الاحتمالات ، ويقوم المعالج بشكل غير مباشر بإفهام العميل

أن عليه أن يفكر أيضاً فى مشكلته ، فى إطار بيولوجى نفسى اجتماعى متعدد الجوانب .

العـــلاج

نناقش فى هذا القسم رؤيتنا للأهداف الملائمة للعلاج والإنشغالات ذات العلاقة ، التى دائما ما تظهر . وسنقدم ، بالإضافة إلى ذلك ، معلومات حول عدد من أساليب العلاج المفيدة ، ونناقش أهمية تطوير أسلوب شامل فى العلاج .

أهداف العلاج

يتعين أن يكون الهدف الأول للعلاج ، من وجهة نظرنا ، توفير راحة وإشباع جنسى متبادل ، أو إعادة الشعور بهما (انظر : Wincze & Carey, 1991) ، وتتسق وجهة النظر هذه مع النظرة الجنسية «الجديدة» التى ناقشها زيلبرجلد Zilbergeld (1992) . ويركز هذا النموذج الجديد للجنس على الحصول على الحميمية والمتعة ، والتعزيز من كل من الذات والشريك أكثر من الاهتمام بتحقيق أهداف «(ص٤) . واتساقاً مع زيلبرجلد (ومعالجين جنسيين آخرين) ، نعتقد أنه من المضلل أن نركز على زيادة كفاءة الانتصاب لسببين : الأول أنه يحتمل أن يؤدى هذا إلى زيادة قلق الأداء ، الذى يحتمل أن يؤدى بدوره إلى تفاقم المشكلة ، إذا كان قلق الاداء قد أدى على وجه الخصوص إلى كف الاستجابة . ثانيا ، أن هدف زيادة كفاءة الانتصاب يروج أسطورة أن الجنس الوحيد الحقيقى هو الجماع الكامل . ونحن نعتقد أنه حتى إذا كان هناك رجل لا يستطيع الحصول على انتصاب ، فسيكون قادراً على الاستمتاع بأشكال أخرى من التعبير الجنسى .

وهناك تعقيدان لهذا الموقف يتطلبان المناقشة . الأول ، أنه من المتوقع دائماً أن يتحسن الانتصاب عندما يركز العلاج على الاهداف غير المتعلقة بالأداء الجنسى . وينظر فى مثل هذه الحالة إلى النتائج المتعلقة بالاداء باعتبارها آثاراً ثانوية جانبية مثيرة للبهجة ، تحقق هدف زيادة المتعة المتبادلة . ثانياً ، أن هناك سؤالاً يبزغ فى هذه الحالة ، وهو : من الذى يحدد الأهداف العلاجية ، العملاء أم المعالج ؟ لقد وجدنا أن العملاء دائماً ما يبدأون العلاج بأهداف شديدة التحديد ، ولكنها غير ملائمة . مثال ذلك زوجين يعانيان من مشكلات تواصل حادة ، يبدأن العلاج بهدف تحقيق الشريك الذكر تحسناً فى الانتصاب . وهذا الهدف الذى وصفه الزوجان لا يحتمل التحقيق ، طالما أن الصراعات الغاضبة مستمرة

بينهما . أن مهمة المعالج هى مساعدة الزوجين على فهم العوامل التى تسهم فى الإثارة المشبعة والمتعة الجنسية ، وبهذا تتقرر أهداف جديدة للعلاج ، ويجب أن يقدم المعالج هذه الاهداف الجديدة للزوجين بطريقة تجعلهما يفهمان أنه لكى يحققا أهدافهما ، فإن عليهما العمل أولاً لتحقيق أهداف أولية .

يضاف إلى ذلك أنه من المهم بالنسبة للزوجين أن يفهما أن تحقيق هذه الأهداف الأولية يتطلب تغييراً فى روتينهم المقرر ، وربما يسبب أيضاً نوعاً من عدم الراحة ، ونحن نشجع العملاء على تفهم هذه الأهداف الأولية بوصفها الخطوات الصلبة .

قضايا العمليات

فروض اساسية :

يبدو من المفيد بدء العلاج بمجموعة من الفروض الأساسية ، كما هو الحال فى التقييم (Wincze & Carey, 1991) ، وننصح بهذه الفروض بهدف تيسير تقدم فعال وكفء وتتضمن الفروض العامة الآتى :

لدى العميل تعريف ضيق (ومحدود) للجنس ، وسيقوم بالتركيز على الأداء الجنسى ، بوصفه علامة على نجاح العلاج .

لدى العميل أفكار نمطية عن الأدوار الجنسية الذكرية والأنثوية ، ستتدخل فى استيعاب المعلومات الجديدة .

لا يفهم العميل المكونات المشكلة للإثارة الجنسية (مثال ذلك الأوقات المفضلة لممارسة الجنس ، والعوامل الدخيلة) .

لدى العميل نمط لتجنب التفاعلات الجنسية ، ونتيجة لذلك قد يخرب العلاج عن غير قصد .

لا تتوفر لدى العميل المعلومات حول الأمراض الجنسية المعدية ، ولا يقوم بممارسات جنسية آمنة .

وبإعطاء أولوية لهذه الفروض ، يكون المعالج مستعداً للشراك المحتملة فى العملية العلاجية بما يزيد بالطبع من احتمالية النجاح ، وإذا كانت هذه الفروض غير صحيحة ، يستطيع المعالج تصحيح منحاه ، ويشير الفرض غير الصحيح ، فى كل حالة ، إلى مكسب علاجى .

تحـديات العــلاج

يستثير العلاج الجنسى فى حد ذاته مجموعة من التحدياتث . فأولاً يتوقع العميل النمطى حلاً طبيا لمشكلته ، كما أنه يفضله . وقد أشرنا بالفعل إلى دراسة سيرجرافيز وشوينبرج وزملائهم (1982) .Sergraves, Schoenberg et al ، وحيث فشلت الأغلبية العظمى من الرجال الذين سعوا إلى العلاج فى قسم المسالك البولية ، فى الالتزام بتوصيات تضمنت إجراء تقييم أو علاج نفسى اجتماعى . وعلى الرغم من ذلك فإن أخصائى المسالك البولية التقليدى قد يوصى بمحاولة القيام بعلاج جنسى ، قبل إجراء جراحة قضيب تعويضى [1]. وقد يفضل العميل الحل الجراحى الذى يبدو أسهل (والأفضل من ذلك تعاطى حبوب) ومهمة المعالج هى أن يكتسب ثقة العميل .

ثانياً ، تتطلب مناقشة الأمور الحساسة ، والتى يحتمل أن تسبب حرجاً بقدر من الحساسية الخاصة . ومن الأمور المعتادة بالنسبة للعميل أن يقول : «لم يسبق أن تحدثت من قبل فى هذا الأمر مع أحد على الإطلاق» ورد فعل المعالج لمثل هذه المعلومة جوهرى ، ويمكن أن يشجع أو لا يشجع العميل على المزيد من المناقشة . ويستطيع المعالج تشجيع العميل على المزيد من المناقشة ، بالاعتراف بأن العميل قد يجد أنه من الصعب مناقشة الامور الجنسية ، وأن يؤكد للعميل خبرته الخاصة فى هذا الشأن فى التعامل مع المشكلات الجنسية ، وباستمراره فى الالتزام بموقف متوازن .

ثالثاً ، يجب على المعالج الذى يعمل منفرداً مع زوجين معا ، أن يتجنب الظهور بمظهر اتخاذه جانب أحدهما . ودائماً ما يفترض العملاء أن المعالج يقف فى صف العميل الذى يكون من جنسه نفسه . ويتعين مناقشة هذه القضية فى بداية العلاج ، وخلال العلاج إذا اقتضى الأمر لمواجهة مثل هذه الافتراضات . ويجب بالمثل على المعالج الذى يعمل منفرداً مع عميل فرد من الجنس الاخر* أن تكرر للعميل أن لديها خبرة فى التعامل مع المشكلات الجنسية لدى الجنس الاخر . وبالنسبة لموقف كل العملاء (الفرادى أو الأزواج) قد يفترض العملاء افتراضات زائفة حول معلومات المعالج أو خبراته ، اعتماداً على جنس المعالج فقط .

---

(1) Penile prosthesis surgery

* حيث قد يكون المعالج أنثى (المترجم)

رابعاً ، قد يواجه المعالج عميلاً تتعارض عقائده أو معتقداته الحضارية مع التوجه الجنسى الصحى . مثال ذلك أن يكون التركيز الحسى يناقض بعض وجهات النظر الدينية ، وعلى المعالج أن يكون حساساً دائماً - بالطبع - لإمكانية وجود مثل هذه القضايا ، وألا يستمر فى العلاج إلى أن يتم الكشف تماماً عن المعتقدات الدينية والحضارية المتعلقة بالممارسة الجنسية . وقد وجدنا فى بعض الأحيان أن سوء تفسير المعتقدات الدينية كان يقف فى طريق العلاج . ومن المفيد فى مثل هذه الحالات تحويل العميل إلى مستشار دينى ، يمكنه أن يفسر له نسق المعتقدات ، وأن يعمل بمثابة المستشار مع المعالج .

خامساً ، تشير ثروة من البيانات المتاحة أن سوء استخدام الكحول والمخدرات يمكن أن يؤثر عكسيّاً على الأداء الانتصابى (Segraves & Segraves, 1992) ، ويمكن للتأثيرات النفسية والتفاعلية الناتجة عن تعاطى المخدرات أن تكون مناوئة . وقد تبين لنا أيضا أنه لا جدوى من العمل على علاج المشكلات الجنسية ، عندما تكون هناك مشكلات إدمان مستمرة للمخدرات . ويجب علاج مشكلة سوء استخدام المخدرات فى أغلب الأحوال أولاً ، وأن يتم التحكم فيها قبل تطبيق برنامج متسق للاضطرابات الجنسية .

سادساً ، نحن نعلم من التقارير المنشورة (مثال ذلك :.Catalan et al 1990; Segraves, Schoenberg et al., 1982) أن كثيراً من العملاء ينهون علاجهم قبل الأوان . ومعرفة هذه الحقيقة مبكراً يمكن أن يساعد المعالج على منع ذلك فى بعض الحالات . وقد وجدنا أنه من المفيد تشجيع عملائنا على مناقشة تحفظاتهم معنا بصراحة ، وأن نشاركهم شكوكهم «استطيع أن أفهم لماذا تعارض هذه الطريقة ، ولو كنت مكانك لكنت عارضتها بالمثل ، ولكن لماذا لا نعطيها فرصة لمدة ستة أسابيع ، نستطيع بعدها إعادة تقييم فائدة مثل هذا النوع من الطرق بالنسبة لك ، هل تقبل هذه الخطة ؟»

أساليب العلاج

هناك عديد من الأساليب التى يمكن البدء بها لإحداث تغيير صحى . ونحن مطمئنين بأكبر قدر للطرق التى توصف تقليديا باعتبارها أساليبا معرفية سلوكية ، والتى حظيت بالقدر الأكبر من البحوث مقارنة بغيرها فى هذا المجال . وقد تأثرنا أيضاً بنماذج بديلة ، وهذه التأثيرات واضحة فى عملنا ، ونعرض فى

هذا القسم الخطوط العريضة لست استراتيجيات عامة تخدم بوصفها جوهر عُدتنا العلاجية .

التركيز الحسي/التدريب على المهارات الجنسية

تطور التركيز الحسى[1] على يد ماسترز وجونسون Masters and Johnson (1970) وهناك عدة مبادىء توجه استخدامنا لهذا المنحى . المبدأ الأول والأكثر أهمية فى التركيز الحسى يقوم على مساعدة العميل أو الزوجين على تطوير وعى مرتفع بالإحساس وتركيز عليه ، وبالتالى فإن الأحاسيس وليس الأداء هى محور التركيز الحسى . ويؤدى القيام بذلك إلى خفض الشخص أو الزوجين للقلق ، كما يؤدى إلى الشعور بحاجة ملحة يمكن تحقيقها على الفور (مثل الراحة الوجدانية والمتعة الحسية) ، بدلاً من محاولة الوصول ببساطة إلى انتصاب، والذى قد لا يكون مما يمكن تحقيقه ، وهو ما يزيد من خطر التعرض للفشل والاحراج .

ثانياً ، يتضمن التركيز الحسى منحى بنائياً وإن كان مرناً للعلاج ؛ فالتركيز الحسى محدد البنية حيث يحصل فيه العملاء على تعليمات واضحة لتكوين علاقة حميمة ، وعندما تتبع هذه التعليمات يكتسب الزوجان تدريجيا الثقة فى أنفسهما وفى علاقتهما . وبالتالى يعرف الزوجان ما هو المتوقع منهما . وعلى الرغم من ذلك ، يكون التركيز الحسى مرناً للغاية من حيث قابليته للتشكيل وفق الظروف الفريدة الخاصة بأى زوجين ، ومن الجوهرى ألا ينسى المعالج تشكيل الإجراءات التى تفى بالحاجات النوعية لعميله أو لعميلها .

ثالثاً ، يعد التركيز الحسى منحى تدريجياً للتغيير ، ومن المتوقع أن يستغرق مثل هذا التغيير وقتاً ، ويتعين عدم القيام بأى جهد للضغط للإسراع به . وأحد أمثلة هذا المبدأ عدم قيام العملاء بممارسة الجنس مبكراً خلال العلاج إلى أن يمكنهم إعادة تعلم أساسيات «العلاقة العاطفية والإحساس بالمتعة ، إلخ .» وقد لا يسمح لبعض العملاء بممارسة الجنس فى سياق علاجهم الجنسى لأسابيع وربما لشهور . وقد يكون هذا المنحى التدريجى مثيراً لكدر البعض ؛ لأنه يبدو بطيئاً ، لهذا من المطلوب بذل عناية خاصة فى تفسير أهمية هذا المنحى العلاجى للعملاء. وقد يؤدى الفشل فى إعداد العملاء للتغيير التدريجى إلى قطع العلاج مبكراً .

---

(1) Sensate focus

رابعاً ، يحتاج تطبيق العلاج بالتركيز الحسى والتمرينات المنزلية لمشاركة الزوجين فى بيئة غير مهددة ، ويحتاج المعالج للعناية بكل من الشريكين فى هذه العلاقة المشتركة ؛ ليتأكد أن التدريبات المنزلية تتم فى مناخ غير مهدد .

وهناك أيضاً إجراءات نوعية توجه منحى التركيز الحسى ؛ فليس الهدف من الإجراءات التى قدمت خطوطها العريضة هنا ، وفى مصادر أخرى ، أن تطبق باعتبارها مكونات وصفة جاهزة ، بل الأحرى أنها موجهات يتعين اقتفاؤها بقدر اتساقها مع روح الخطوط العريضة ، التى تم إيضاحها على التو .

وتتضمن إجراءات التركيز الحسى تشجيع الزوجين على تجربة الانخراط معاً فى علاقة حسية وعاطفية حميمة بطريقة تدريجية وأسلوب غير مهدد . وتتضمن الإجراءات الواقعية واجبات منزلية تشجع الزوجين على الانخراط معاً فى خبرات متعلقة بالجنس ، وعلى المشاركة فى جلسات العلاج القائمة ، والتى تستخدم لمناقشة التدريبات المنزلية والمشاعر المستثارة والمشكلات الناتجة عن هذه التدريبات وغيرها .

ويتضمن الواجب المنزلى التعليمات الواضحة التى قدمها المعالج للعميل ، وهى ممارسة تدريبات خارج الجلسات العلاجية ، ويتفهم كل من المعالج والعميل أن الواجبات المنزلية ستتم مراجعتها وتعديلها (إذا اقتضى الامر) فى كل جلسة . ويمكن تجزئة الواجبات المنزلية إلى أربع خطوات ، وعادة ما تتم هذه الخطوات بطريقة متتابعة . ولكن لا توجد قاعدة مطلقة هنا . ويعتمد على التقديرات الإكلينيكية للمعالج . ما إذا كان يتعين أن يتضمن السياق كل خطوة ، والوقت الذى تتضمنه .

وتتضمن الخطوة الأولى فى التركيز الحسى نمطيّاً عدم لمس الأعضاء التناسلية (أى عدم الشعور باللذة من خلالها) وذلك أثناء ارتداء كل من الشريكين ملابس مريحة ، وقد تتضمن أقل السلوكيات تهديداً الربت على الظهر أو الإمساك باليدين ، ويتعين خلال الجلسات وقبل عودة الزوجين للبيت لممارسة تدريباتهما مناقشة المشكلات الخاصة بكمية الملابس التى يرتديانها ، وطول الجلسة بينهما ، ومن منهما البادىء بأنواع السلوكيات المشتركة بينهما ومرات تكرار الجلسات بينهما .

ويتعين أن يبدأ الزوجان انخراطهما فى تدريباتهما الجنسية بمستوى مقبول لكل منهما ، ولأن كثيراً من الأزواج يجدون أن مثل هذا السلوك بطيء إلى حد ما؛ لذا يتعين على المعالج أن يؤكد لهما بوضوح منذ البداية أنهما يقومان بخطوات ضرورية بهدف تحقيق هدفهما البعيد ، ولكن الهدف القريب هو التركيز على الأحاسيس وليس ممارسة الجنس ، وعليه مناقشة آليات هذه الطريقة مع الزوجين ، وأن يكون متأكداً من مناقشة قيمة التدريب محدد الشروط مقابل التدريب غير محدد الشروط ، ومرات تكرار هذا التدريب ، وكذلك العوامل الدخيلة والمشكلات التى يمكن أن تعترضه .

وحتى إذا أعطى المعالج تفسيراً واضحاً لجوانب عدم ممارسة الجنس ، خلال مرحلة التركيز الحسى ، فإن بعض العملاء قد لا يتفهمون الفكرة . لذا ، فإننا نحاول أن نكون واضحين في ذلك على وجه الخصوص ، ودائماً ما نقول لعملائنا «فى المرة التالية عندما تأتى إلى جلسة العلاج ، لن أسالك عن الانتصاب أو الوصول إلى النشوة ، ما سأسألك عنه هو قدرتك على التركيز على تلقى ومنح المتعة ، وعلى قدرتك على الاستمتاع بما تفعله» ، ونحن نكرر هذه الرسالة مع الأزواج ؛ لأن توجهات أغلب الأزواج تكون نحو ممارسة الجنس (بمعنى تركيزهم على الانتصاب والوصول إلى النشوة) .

وما لم يخلصهم المعالج من هذه الفكرة ، فسيظلوا محتفظين بمحك الممارسة الجنسية خلال تمريناتهم . وعلى المعالج أن يناقش عند هذه النقطة مع العميل أو الزوجين مفهوم قلق الممارسة الجنسية . ويتضمن هذا التخلص من فكرة التفكير بصيغة الكل – أو – لاشيء (بمعنى أن الجنس يساوى الجماع) ، وبقية العوامل التى تتدخل فى الحد من الجنس الممتع .

ولا يمكن ممارسة التركيز الحسى مالم يفهم الزوجان هذا المفهوم ، والاعتراف بأنه ينطبق عليهم ، مع تقديرهم للحاجة إلى طرق مختلفة للتفكير والسلوك .

تتضمن الخطوة الثانية ، نمطيّاً ، الاستمتاع بالأعضاء التناسلية . ويشجع الشريكان خلال هذه المرحلة من العلاج على التقدم نحو اللمس الرقيق للأعضاء التناسلية ، ومناطق الثديين ، كما يشجع الشريكين أيضاً على تحسس أحدهما للآخر بطريقة ممتعة . وكما سبق ، يجب عدم تشجيع الزوجين على الأهداف

ذات العلاقة بالجماع (أى الانتصاب أو الوصول إلى النشوة) . ومع تقدم المعالج خلال مرحلة التركيز الحسى ، على المعالج مراجعة العوامل التى تيسر أو تكف الأهداف المرجوة . ومن خلال مناقشة هذه العوامل مع الزوجين بطريقة تخلو من الأحكام التقييمية ، يمكنهما أن يصبحا أكثر قدرة على التحكم فى تقدمهما ، والشعور بقدر أكبر أنهما ليسا بمثابة تلاميذ فى فصل . وبمجرد أن يستريح الزوجان للمس الاعضاء التناسلية ، ويستعدان لاستئناف الجماع ، نجد أنه من الضرورى تأكيد أنه حتى الجماع يمكن تجزئته إلى عدد من السلوكيات . وبالتالى علينا تشجيع بعض الأزواج على الاشتراك فى «كبح دون إكراه» ؛ أى يسمح الشريك المتلقى بالإيلاج مع التحكم فى كل جوانب هذا التدريب . مثال ذلك ، التحكم فى عمق الإيلاج والوقت الذى يستغرقه . ومرة أخرى يتم تشجيع المرونة والتباين ؛ لكى نزيل الضغط المصاحب لميل الزوجين للتفكير بطريقة الكل – أو – لاشىء .

وهناك مشكلة شائعة فى هذه المرحلة للتركيز الحسى هى أن المعالجين يشايعون بشكل متصلب الحرمان من الجماع (Lipsius, 1987) . ويؤدى الحرمان من الجماع تحت ظروف معينة إلى فقدان الأحاسيس الشهوية ، وفقدان التلقائية ، وإلى إحباط غير ضرورى وزيادة فى المقاومة . وطريقتنا فيما يتعلق بقضية الحرمان هى أن نناقش مع الزوجين كل مزايا ومعوقات الحرمان الممكنة ، وإيضاح أن على الزوجين أن يعملا معاً فى عملية تستهدف المستقبل ، ويعتمد ضغط المعالج على الزوجين لتأكيد الالتزام بالحرمان على التقديرا الإكلينيكى .

ويساعد المنحى المنعى ، من وجهة نظرنا ، الزوجين على استئناف الصلة الجسدية بينهما تحت ظروف معينة . من هذه الظروف الآتى على سبيل المثال :

(١) إذا كان الزوجان متكدرين للغاية فيما يتعلق «بالاداء الجنسى» .

(٢) عندما تكون هناك أفكار كثيرة دخيلة ذات توجه نحو الأداء .

(٣) و/أو كان الزوجان قد تجنبا من قبل الصلات الجسمية بينهما .

ومن ناحية أخرى قد يستفيد الزوجان اللذان لم يحاولا إقامة علاقات جنسية بطريقة متصلة أو بطريقة مصحوبة بردود فعل انفعالية ، من الفهم العام لهدف التركيز الحسى ، ولكن مع اتجاه يتسم بالاسترخاء نحو الحرمان .

الخطوة الأخيرة فى التركيز الحسى الملائم تتضمن الاقدام والجماع . ومرة أخرى دائماً ما يكون تشجيع الشريك المتلقى على المبادرة بالحركة فكرة جيدة ، على أن تكون الحركات بطيئة ومتدرجة . وكما هو الحال دائماً ، يشجع الزوجان على التركيز على الإحساسات المصاحبة للجماع وألا ينشغلا بالوصول إلى النشوة. وعلى الزوجين أن يجربا أوضاع مختلفة وليس استئناف الوضع أو الأوضاع نفسها التى كانا يستخدمانها قبل العلاج .

هذه هى الإجراءات العامة التى تشكل التركيز على الإحساس . وقد فصل كثير من المؤلفين الأساسيات التى قدمت هنا (مثال ذلك :;Kapalan, 1974) Masters & Johonson, 1970

وقد يجد المعالج أنه من المفيد الرجوع إلى هذه المصادر ، ما أن يعمل أو تعمل بطريقة مريحة بالإجراءات التى سبق عرضها .

وعلى الرغم من ذلك ، فعند هذه النقطة نريد تحديد بعض المشكلات ، التى يحتمل أن تواجه المعالج . من ذلك أن هناك سهولة نسبية فى استخدام إجراءات التركيز الحسى ، إلا أن هذه الإجراءات يمكن ألا تفهم فى بعض الأحيان ويساء تطبيقها . مثال ذلك ، أنه كان لدينا زوجان بدءا العلاج ، وذكرا أنهما حاولا تجنب ممارسة الجنس خلال علاج سابق ، ولكن الأمر لم ينجح . وشارك زوجان فى العلاج بهدف التعامل مع صعوبات الانتصاب ، وقد فسر الزوج الأمر على أنهما شاركا من قبل فى علاج جنسى وحاولا التركيز الحسى . وكان الأسلوب المستخدم هو رفض ممارسة الجنس لمدة أسبوعين ، ولم يفهم الزوجان الهدف من هذا الإجراء ، كما لم يفهما الخطوط العريضة الموجهة لسلوكهما ، وقد تركا علاجهما السابق وهما غير راضيين .

وقد أشار ماكارثى McCarthy (1985) إلى عدد من الأخطاء الشائعة فى استخدام التركيز الحسى خلال الواجبات المنزلية . وكانت أكثر الأخطاء التى يرتكبها المعالجون شيوعاً ، هى : عدم شرح تفاصيل الإجراء ، وعدم إشراك الزوجين فى إجراءات اتخاذ القرار الخاص بالتطبيق . ودائما ما ينتهى ذلك بعدم الإذعان . خطأ آخر شائع هو طلب المعالج منهما ممارسة الجنس كجزء من الإجراءات «الخطوة التالية فى الإجراء هى إثارة الشريك فى المناطق التناسلية للوصول إلى النشوة» ويمكن لهذا النوع من التعبيرات أن يزيد من قلق الممارسة

الجنسية لدى الأشخاص المستهدفين على وجه الخصوص . وسيكون من الأفضل قول «لقد تصرفت بطريقة جيدة حتى الآن من حيث تركيزك على الإحساسات والمشاعر ، وقمت وشريكتك بإثارة بعضكما ، وعند هذا الحد تضمن ذلك تحسس الأعضاء التناسلية . ما الذى تشعر أنه سيكون الخطوة التالية ؟» ويسمح هذا الأسلوب بتنوع فى الإجابات ، دون توقع ضغوط الفشل الجنسى .

خطأ إضافى يقع فيه المعالجون ، يتضمن إنهاء متسرع للتركيز الحسى ، عندما يكون الزوجان غير مذعنين أو يواجهان صعوبات . والتسرع فى الإنهاء يدعم التجنب فقط . ويجنب مناقشة الصعوبات باستفاضة ، كما يجب تحديد العوائق التى تحد من التقدم فى العلاج وإزالتها . وعادة ما نسمح بثلاثة أسابيع من عدم الأذعان قبل تغيير الإجراءات .

ثمة صعوبة أخرى ممكنة يمكن أن تبزغ عندما ينتقل العلاج إلى مجال إجراءات الواجبات المنزلية ؛ إذ تحدث فى هذا الوقت صراعات محتملة بين أن يكون المرء طبيعيا وغير خاضع فى سلوكه لنظام معين ، أو أن يسلك وفق خطة وتحديدات لسلوكه . ويفضل أغلب الازواج والأفراد ممارسة الواجبات المنزلية بطريقة «طبيعية» غير محددة الخصائص . وعلى المعالج أن يصف هنا الإجراءات المتضمنة والمبادىء التى تحكم هذه الإجراءات ، ولكنه يترك الأمر للزوجين ليضعا بأنفسهما جدولاً ببقية التفاصيل مثل مرات وأوقات «ممارسة التدريب» . وعلى الرغم من أن هذه الاستراتيجية قد تكون هى المفضلة حدسيا ، إلا أن الزوجين دائما ما يعودان إلى العلاج دون أن يقوما بالواجب المعهود لهما .

ربما يكون السبب أن الجميع لديهم أيضا تاريخ طويل للتجنب الجنسى ، وبالتالى لا يستطيع الفرد أو الزوجان البدء دون ارتفاع لمستوى القلق إلى مستويات غير مقبولة .

ومن هنا ، فإننا دائماً ما نشرح إيجابيات وسلبيات الاستراتيجيات غير المحددة مقابل الاستراتيجيات المحددة قبل أن نقدم التمرينات المنزلية . وعندئذ يستطيع العميل أن يختار استراتيجية ما ، وهو واع تماماً بإمكانية عدم الإذعان للمطلوب . وأحياناً ما «يحاول» أحد العملاء استراتيجية معينة ، ونتيجة لفشله فيها يتبنى طريقة أخرى . وبالإضافة إلى هذه القضية الخاصة بالممارسات المحددة مقابل غير المحددة ، يجب على المعالج أن يكتشف المعوقات الاخرى المحتملة ،

التى يمكن أن تواجه إجراءات علاج معينة (مثال ذلك الأقارب الذين يقيمون فى البيت ، ومواعيد العمل ، والانشغالات الطبية ، وخطط السفر) . وما أن تحدد هذه المعـوقـات الممكنـة وتوضع لهـا الحلول ، حـتى يكون من الممكن البـدء بشـرح الواجبات المنزلية وتفاصيلها .

وينتج عن إجـراءات التركيز الحسى كثير من المزايا ، فقد يتعلم العميل أساليب سلوكية جديدة ، إلى جانب طرق جديدة للتفاعلات الجنسية ، وقد تعاملنا مع أزواج كانت لديهم طرق ضيقة للغاية فى الجنس . وليس من غير المعتاد ، على سبيل المثال ، أن يذكر زوجان أنهما لم يتحسسا بعضهما من قبل . وقد يقبلان بعضهما مرة ثم يمارسان الجنس . بل إننا حتى التقينا بأزواج ينظرون إلى المداعبة[١] على أنها «شيء يفعله الصبية» وبالنسبة لمثل هؤلاء الأزواج يقدم التركيز الحسى إمكانية محددة لتحدى العادات المستقرة ، التى يحتمل أن تحد من المتعة وتسبب مشكلات جنسية .

وقد يساعد التركيز الحسى أيضاً فى تغيير إدراك الشخص لشريكه/ أو شريكته . وإحدى المشكلات الشائعة هى الاقتراب من الجنس الحميم ، باعتبار الجماع هو الهدف الوحيد منه . وقد تبدأ الشريكة الأنثى فى العلاقة الغيرية فى النظر إلى نفسها ، بوصفها موضوعاً لإمتاع شريكها وليس بوصفها رفيقاً يحظى بالحب . وقد يساعد التركيز الحسى الزوجين على التركيز بعضهما على البعض بعواطف متبادلة ، بدلاً من كونهما موضوعات للاستثارة . ويمكن للتركيز الحسى أن يكون تشخيصياً أيضاً ، من خلال الصعوبات التى تظهر دائماً ، وتحمل معلومات مهمة حول مشكلات أخرى لدى الزوجين ، ودائماً ما لا تظهر هذه المشكلات الأخرى خلال التركيز الحسى ذاته .

ويتعين النظر إلى التركيز باعتباره جزءاً واحداً من منحى علاجى شامل ، وليس علاجاً كاملاً فى حد ذاته . وبالتالى ، فإن قضايا التواصل ، والاتجاهات الخاطئة ، التى تتدخل فى الاستمتاع الجنسى ، وفى الصراعات الزوجية غير الجنسية ما هى إلا أمثلة للانشغالات العلاجية ، التى يمكن التعامل معها مصاحبة للتركيز الحسى .

---

(1) Foreplay

التعـــليم

قد يكون تقديم المعلومات هو المكون الأكثر شيوعاً فى العلاج الجنسى . ويمكن للمعلومات أن تساعد على تصحيح الخرافات ، وأن تصحح سوء الفهم الذى يعيق الأداء الجنسى . مثال ذلك ، الاعتقاد أن المداعبة للصبية ، أو أن الجماع هو الشكل الوحيد الصحيح للجنس المدمر بالنسبة للذكور فى أواسط العمر والمسنين وشريكاتهم . وبالمثل فإن الاعتقاد أن الانتصاب يجب أن يحدث أولاً (أى قبل بدء النشاط الجنسى) لكى يعطى علامة على الشغف الجنسى والرغبة يمكن أن يحد من الإمكانات الجنسية للرجل . والتأثير النهائى لهذه المعتقدات هو أن الذكر الذى لا يحقق انتصابا قبل الجماع لن يشارك فى ممارسة جنسية . ونحن نعرف كثير من الرجال الذين يتجنبون الممارسة الجنسية لسنوات جزئيا ؛ لأنهم متمسكون بهذه المعتقدات .

ويورد زيلبرجلد Zilbergeld قائمة باثنتى عشر خرافة ، هى الأكثر شيوعاً، والتى يؤمن بها الرجال (والنساء) :

١ – نحن أناس متحررون ومستريحون جنسياً تماماً .

٢ – الرجل الحقيقى ليس هو الناعم صاحب العواطف المتودد للمرأة .

٣ – كل التحسس هو جنس أو يؤدى إلى الجنس .

٤ – الرجل شغوف دائما بالجنس ومستعد له .

٥ – الرجل الحقيقى يلعب دورة فى الممارسة الجنسية .

٦ – جوهر الجنس قضيب شديد الانتصاب وما يمكن عمله به .

٧ – الجنس هو الجماع .

٨ – يجب أن يكون الرجل قادراً على جعل الأرض تهتز تحت شريكته أو يجعل جواريها تسقط أرضاً على الأقل .

٩ – الجنس الجيد يتطلب الوصول إلى النشوة .

١٠ – يتعين على الرجال ألا ينصتوا للنساء فى الجنس .

١١ – الجنس الجيد تلقائى ، وبلا تخطيط ، وبلا كلام .

١٢ – الرجال الحقيقون بلا مشكلات جنسية .

والمشكلة فى هذه الخرافات وأشباهها هى أنها تؤدى إلى توقعات لا يمكن الوفاء بها (فى أغلب الأحيان) ، وتؤدى حتما إلى إحباط وشعور بالذنب ، وتأنيب الذات . وقيمتها المدهشة تتمثل فى أنها توفر معلومات دقيقة ، وتفضح مثل هذه الخرافات . مثال ذلك أن تعليم الزوجين أو الفرد أن العوامل البيولوجية يمكن أن تلعب دوراً فى اضطراب الانتصاب قد يحرره من الشعور بالذنب وتأنيب الذات ، ومن المفيد أيضاً توفير معلومات صحيحة حول التشريح والفيزيولوجيا ، وكذلك حول السلوك الجنسى المعيارى (معلومات عن الأمراض التناسلية المعدية بما فى ذلك أمراض نقص المناعة الفيروسية[1] وزملة نقص المناعة المكتسبة[2]، والممارسات الجنسية الآمنة التى يمكن أن تحمى الحياة ، ويتعين تقديم هذه المعلومات بصورة روتينية) .

ويمكن التعليم بعدد من الطرق ، مثال ذلك ، أن تقترح قراءات على العملاء، ولحسن الحظ هناك كثير من الكتب الممتازة المتاحة .

(انظر على سبيل المثال : Schover, 1984; Spark, 1991; Zilbergeld, 1992)

وقد يرغب المعالج فى وضع قائمته الخاصة بقراءات لكتب أحدث ، أصبحت متاحة وأخرى تحت الطبع . وقد يجد المعالج أنه من المفيد أيضاً أن يشترى عدداً من نسخ كتبه المفضلة ويتيحها لاستعارة عملائه . وهناك بديل آخر، فقد يحدد المعالج مكتبة أو اثنتين يزودهما بالكتب المقترحة . فى كل الأحوال ، نحن ننصح المعالجين بقراءة أى كتاب ، ينصحون به عميلاً ، وأن يكونوا مستعدين لمناقشة محتوياته معه خلال الجلسات . وقد يفضل عملاء آخرون أن يوجهوا أسئلة بشكل مباشر ، وبالنسبة لهؤلاء يحتاج المعالج لاستغلال الفرصة المتاحة بصورة طبيعية لتقديم محاضرة مرتجلة .

التحكم في المنبه

نحن نعلم أن الظروف غير المريحة لا تساعد على قيام علاقة جنسية مريحة وممتعة ، وعندما تصبح هذه الظروف غير مريحة بقدر متطرف ، فقد تسهم فى اضطراب الانتصاب . ولنضع فى اعتبارنا المثال التالى : عميل يشكو

---

(1) Immunodeficiency virus

(2) Acquired immunodeficiency syndrome

من فقدان القدرة على الانتصاب مع صديقته الحسية والشغوفة ، ويريد معرفة السبب . وسئل خلال المقابلة التقييمية عن الظروف التى يحدث فيها الجنس . وقد ذكر أن المرة الأولى التى حاول فيها مجامعة صديقته ، كان يجلسان خلالها فى المقعد الخلفى لسيارة من طراز فولكس فاجن فى موقف سيارات كنيسة . ومن خلال تصور الرعب من نظرات المترددين على الكنيسة ، كان من السهل علينا فهم لماذا فقد إمكانية الانتصاب ، وعلى الرغم من ذلك فإن عميلنا لم يحدد ظروفه بوصفها مصدر للمقاطعة .

ومغزى القصة هو أنك لا تستطيع إطلاقاً افتراض أن زوجين يحاولان إقامة علاقة جنسية بطريقة تفضى إلى إثارة . وقد التقينا فى حالات كثيرة بعملاء لم يمارسوا التقبيل أو التحسس أو الملاطفة أو المداعبة أو الاحتضان قبل محاولتهم ممارسة الجنس . ومع ذلك فهؤلاء العملاء يتوقعون حدوث انتصاب ما أن يحاولوا الإيلاج . وعليك فحص تفاصيل المداعبة ، وكذلك الموقف الشهوانى ، والسؤال عما إذا كان كل شريك راضٍ عما يحدث أم لا .

ويشير التحكم فى المنبه إلى جهود إقامة مناخ سار ومريح يؤدى إلى تعبيرات جنسية ، وبالتالى يقلل من الظروف المقتحمة . وحتى الاقتراحات البسيطة ، مثل : عمل ترتيبات لجليسة تبقى مع الأطفال ، أو تنظيف حجرة النوم ، أو الاستماع إلى موسيقى هادئة يمكن أن تكون مفيدة . ومن المدهش أن هذه الاقتراحات غير واضحة لبعض العملاء . وعادة ما يحتاج العملاء لتذكيرهم بتأثير الجهود التى يقومون بها خلال المغازلة «للوصول إلى الحالة المزاجية» . وما أن يطئمن المرء إلى العلاقة حتى ينسى هذه الاستعدادات أو يعتقد أنها غير مهمة . ويتعلق بذلك أيضاً أن كثيراً من الازواج لا يجلسون متجاورين فترة ما لإبداء تعبيرات جنسية . ومن المعتاد أن يحاول الأزواج ممارسة الجنس تحت ضغط «أول لحظة خالية من أسبوع ملىء بالمشاغل» . وهم يتوقعون أن تكون الممارسة الجيدة تلقائية وغير مخططة . ومرة أخرى ، فإن الكثيرين ينسون كل الخطط التى يتعين القيام بها لتحقيق هذه التعبيرات الجنسية «التلقائية» خلال المغازلة . ودائما ما نقوم بتشجيع العملاء على تحديد أوقات معينة فى برامجهم لممارسة الجنس ، وأن يخططوا لذلك مع بذل الجهد فى ذلك ، كما يفعلون مع أى حدث أخر يتسم بالخصوصية فى حياتهم ، ونحن نذكرهم أن التوقع يشحن الرغبة بالطاقة .

إعادة التنظيم المعرفى

هناك شكلان من أشكال إعادة التنظيم المعرفى يمكن أن يكونا مفيدين : تحدى الأفكار السلبية وخفض الأفكار المقتحمة . وتعرض العملاء لتغيير الأفكار الدخيلة ومساعدتهم على ذلك مهمة علاجية معقدة . فأحد الاختلافات بين الخرافة (أو سوء الفهم) والاتجاه السلبى ، هو أن الأخير يتم التمسك به بصورة عنيدة ، على الرغم من البيانات المتوفرة التى تشير إلى نقيضه . مثال ذلك ، قد يشعر أحد الرجال شعوراً سلبياً نحو النساء ، وهو أنهن لسن مخلصات . وقد يكون هذا الاتجاه ناتجاً عن علاقة سابقة كانت شريكته فيها غير مخلصة . وقد يفسر هذا الرجل نقص عاطفة شريكته فى العلاقة الحالية على أنه دليل على أنها غير مخلصة . وبافتراض أن انخفاض نقص رغبة شريكته راجع لعوامل أخرى (مثل التعب) ، فإن الامر يتطلب جهدا علاجيا كبيرا لتصحيح اتجاهه السلبى العام وعدم ثقته فى النساء .

مثال آخر للاتجاهات السلبية يتعلق بالرجال ، الذين أصبحوا غاضبين من أنفسهم نتيجة لمشكلات الانتصاب التى يعانون منها ويخشون سخرية شريكاتهم . وليس من غير الشائع أيضاً خوف الرجال فى العلاقات الجنسية الغيرية من الشذوذ ، أى تفسير الرجال الغيريين صعوبة تحقيقهم لانتصاب أو الاستمرار فيه على أنهم شواذ . وبالنسبة للرجال غيريى الجنس ، أو المثليين ، تثير مشكلات الانتصاب مخاوف لديهم تتعلق بالرجول . ويجب فى كل الحالات معالجة هذه الاتجاهات السلبية بحذر – فقد يكون العميل دفاعيا بدرجة كبيرة ، وأنفق كثيراً من الجهد فى تبنى معتقد سلبى . وعلى المعالجين أن يتعاملوا مع مثل هذه القضايا فى العلاج الفردى ، قبل القيام بعلاج الزوجين .

ودون اعتبار للعوامل المعجلة ، فإن أغلب حالات اضطرابات الانتصاب متفاقمة ومستمرة نتيجة للأفكار المقتحمة التى تسبق العلاقات الجنسية وتحدث خلالها . وكما نوضح للعملاء فإن هذه الأفكار المقتحمة ليست أفكاراً شهوية أو جنسية ، وبالإضافة إلى ذلك فهى تخفض الاستثارة وتكف الانتصاب . وبالنسبة للأشخاص الذين لا يعانون من الاضطراب ، فإن الأفكار السابقة للعلاقة الجنسية والموجودة خلالها عادة ما تركز على شريكاتهم ، أو على أجزاء أجسامهم الشخصية ، وتوقع الإثارة والمتعة . وعلى النقيض من ذلك فإن أصحاب الاضطراب ينشغلون بهموم تتعلق بشدة انتصابهم وصورتهم عندما تحبط

شريكاتهم ، والغضب ، والسخرية ، ومشاعر قلق متميزة واكتئاب .

وللتعامل مع الأفكار المقتحمة ، على المعالج أن يساعد العميل أولاً على تحديد هذه الأفكار . وما أن تحدد مثل هذه الأفكار ويتم الاتفاق على أنها تظهر بالفعل مرتبطة بالسلوك الجنسى ، على المعالج أن يساعد العميل على خفض ظهورها . ومن المفيد دائماً تزويد العميل بأفكار بديلة ليركز عليها خلال النشاط الجنسى . مثال ذلك التركيز على أجزاء الجسم أو تتابع النشاط الجنسى ، والذى عادة ما يؤدى إلى إثارة . وعلى الرغم من أنه يجب على المعالج أن يكون مستعداً لمثل هذه المقترحات لتوجيه المناقشة حول ما إذا كان من السوى أو من الصحى أن يستغرق الشخص فى تخييلات جنسية (أو تخييلات جنسية مع شريك آخر) خلال النشاط الجنسى الفعلى ، إلا أن بعض العملاء يشعرون شعورا قويا أن مثل هذه التخييلات تعادل خداع شريكاتهم . ومن الواضح أنه يتعين إجراء هذه المناقشات بقدر كبير من الحرص والحساسية . وقد وجدنا أيضاً أنه من المفيد جعل العملاء يقرأون الفصل الذى كتبه ماكارثى McCarthy (1988) حول التخييلات الجنسية ، أوا المواد التى قدمها زيلبرجلد Zilbergeld (1992, 125-133) .

ثمة استراتيجية اخرى لمساعدة العميل على تركيز أفكاره على أشياء أكثر إيجابية هى جعله يستعيد محتوى أفكاره خلال خبرة جنسية سابقة مشبعة . وعادة ما يؤدى ذلك إلى زيادة إحساس العميل بنوع الأفكار التى يتعين عليه التركيز عليها . وعندما تكون لدى العميل صعوبة فى تذكر الخبرات الجنسية الإيجابية ، فعلى المعالج أن يمده بأفكار «نمطية» مفيدة . وهنا قد يكون تعريضه للقراءة فى الأدب الإباحى أو مشاهدة شريط فيديو مفيداً .

ومما يثير الفضول دائماً ، أنه على الرغم من الوجود الواضح للأفكار المقتحمة ، فإن كثيراً من العملاء يتجاهلون مثل هذه الأفكار ، أو يستبعدون اعتبارها تسهم فى الصعوبات الجنسية ، وبدلاً من ذلك يركزون على عدم ملاءمة شريكاتهم .

وقد يكون من المفيد للعميل أيضاً أن يقترح تقسيم الأوقات أو تصنيفها فيخصص أوقات معينة خلال اليوم للجلوس مع شريكته للتركيز على الانشغالات وحلول المشكلات ، وتخصص أوقات أخرى للجلوس معاً للانشغال بالأفكار الباعثة على السرور والأفكار الجنسية . ووضع هذه الفئات من الأفكار فى قائمة يمكن أن

يساعد العميل على استبعاد الأفكار السلبية خلال الوقت المخصص للجنس .

وعندما يكون أحد الشريكين مشاركاً فى علاج ، يصبح من المهم أيضاً أن يوضع فى الاعتبار معارف الشريك الآخر حول الاضطراب . فمثلما يخفى الرجل الذى يعانى من اضطراب الانتصاب المتعلقات السلبية حول المشكلة ، فيمكن توقع أن شريكته لديها هى الأخرى معارف سلبية . وقد تتضمن الاستجابة النمطية للشريك الآتى : «أصبحت غير جذابة كما كنت فى الماضى ، لقد انتهى حبه لى ، لابد أن لديه علاقة غرامية بأخرى ، إنه لا يحاول ، إنه لا يريد ممارسة الجنس معى» .

ودائماً ما نسأل الشريكة عما تعتقد أنه سبب مشكلة الانتصاب ، ومن المهم للغاية المساعدة فى توضيح سوء الفهم القائم قبل التقدم للقيام بتدخل . وإذا لم يكن من الممكن معالجة سوء الفهم القائم ، فمن المحتمل أنه سيظهر مرة أخرى ويفسد تقدم العلاج .

وقد تمثل المعتقدات السلبية والأفكار المقتحمة عوائق للتعبير الجنسى والاستمتاع . ويمكن التعامل فى بعض الحالات مع هذه الصعوبات المعرفية ، باعتبارها جزءاً من العلاج الجنسي نفسه . وعلى الرغم من ذلك فقد تكون هناك حاجة فى حالات أخرى لقدر أكبر كثافة من إعادة التنظيم المعرفى ، والذى عادة ما يكون فى سياق العلاج الفردى . ولأنه يمكن إشراك أساليب العلاج المعرفى التى تكون مفيدة للغاية ، فإننا نوصى أن يكون المعالج على ألفة بالغة بتفصيلات هذه الأساليب .

(مثال ذلك : Beck, 1976; See also Young, Beck & Weinberger, chapter6, this volume) .

التدريب علي التوا صل

تتكرر مواجهة مشكلات التواصل خلال التعامل مع اضطراب الانتصاب لدى الذكور . وقد قمنا خلال ممارستنا بتطوير مطبوعة للعملاء ، تخدم باعتبارها أداة تقييم ودليلاً علاجياً فى الوقت نفسه ، وهذه المطبوعة عبارة عن كتيب فى عشرة صفحات ، تتضمن وصفاً لمشكلات التواصل الشائعة بين الزوجين ، واقتراحات للتغلب على هذه المشكلات . وتتضمن المشكلات النمطية فى التواصل الآتى :

تغيير اتجاه الحديث : البدء فى مناقشة إحدى المشكلات والانحراف لأخرى.

قرأة الأفكار : تخمين ما تعنيه عبارات شريكك ؛ لأنك تعتقد أنك تعرف شريكك جيداً .

تجميع المشكلات : البدء فى مناقشة مشكلة والدخول فى كل المشاكل الأخرى .

الاعتقاد فى صواب الموقف : ينصت كل شريك للآخر ، ولكنه يظل معتقداً أن الآخر على خطأ .

الشكاوى المتجددة : تتضمن كل استجابة شكوى جديدة .

الجدل المتكرر : الميل إلى تكرار الجدل نفسه مرة بعد مرة دون تقديم حلول.

وقد وجدنا أن تزويد العملاء بالكتيب موفر للوقت وفعال فيما يتعلق بالتواصل بين الزوجين بمجرد ظهور أول علامة على وجود مشكلات تواصل . وعادة ما تكون تعليماتنا للعملاء هى أن يقرأ كل منهما الكتيب مستقلاً عن الاخر (ونحن نعطى نسخة لكل واحد منهما) ، ثم يراجعان معاً المشكلات التى يبدو أنها تنطبق على علاقتهما ، ثم نقوم بعدئذ بمناقشة المجالات المختلفة لصعوبات التواصل ، ودائما ما نستخدم فى ذلك أمثلة من خبرة الزوجين الشخصية .

ومن المهم للغاية أن يضع المعالج فى اعتباره من البداية – أن هذه المِراجِعة للأمثلة مصممة للنظر فِي عمليات التواصل ، وليس لعرض أو تحديد مَنْ مِن الشريكين على صواب ، ومَنْ منهما على خطأ .

وقد برهنت تانن (1990) Tannen على أنها مساعد مفيد لبعض الأزواج الغيريين . فقد حددت تانن بمهارة المشكلات الشائعة لدى النساء والرجال ، الذين يحاولون التواصل معاً ، وتعقبت هذه المشكلات فى حضارتنا ، وتجنبت فى ذلك توجيه اللوم لأى جنس من الجنسين ، وكتاباتها مسلية ومفيدة ، ويمكن لكثير من العملاء الاستفادة بها .

ثمة طريقة أخرى للعمل على التواصل ، تتضمن استخدام أسلوب التقييم من خلال التقارير المزدوجة الذى سبق وصفه . ويقوم الشريكان فى هذا الأسلوب بإكمال استخبار (قائمة من الجمل حول التفضيلات الجنسية ، على سبيل المثال) بالنسبة لكل منهما ، ثم كل منهما لما يعتقد أنه تفضيلات شريكه . ونقوم بدراسة

مستوى الاتفاق والفهم فى هذه التقارير المزدوجة ، ويمكن أن يكون لاكتشاف الشريكيين لوجهات نظر كل منهما وإدراكاته الزائفة حول الآخر قيمة علاجية ، وقد يكون هذا الأسلوب مهدداً بالطبع ؛ لذا ينصح بالحذر عند استخدامه .

وعلى المعالج أن يتصرف بوصفه نموذجاً لنمط التواصل الجيد خلال كل الجلسات ، ويتحقق ذلك من خلال الإنصات النشط وإظهار التعاطف ، وسؤال العملاء أن يعبروا عن أنفسهم بوضوح ، وأن يستخدم بقية المهارات التواصلية والاجتماعية الأخرى ؛ بالإضافة إلى ذلك ، على المعالج أن يستمر فى ملاحظة التحسن فى مهارات التواصل والاشارة للزوجين اليها عندما تحدث . ومن المفيد إخبار الزوجين أنه سيتم ملاحظة مهارات التواصل والعناية بها خلال العلاج ، وبتوضيح ذلك من البداية لن يشعر العملاء بالانزعاج ، عند ظهور إحدى قضايا التواصل .

ولا يمكن فى حالات كثيرة التعامل مع مشكلات الانتصاب إلى أن تتحسن مشكلة التواصل ، ودائماً ما نشير فى مثل هذه الحالات إلى أن التعبيرات الجنسية هى أحد أشكال التواصل ، وأنها ستتعزز من خلال التركيز على مهارات التواصل.

استراتيجيات تحسين الصحة

ليس من المحتمل أن يشفى الزيادى أو براعم الفاصوليا مشكلات الانتصاب، وعلى الرغم من ذلك فهناك دلائل على أن هناك ميلاً أكبر لدى الرجال أصحاب مشكلات الانتصاب ، لأن يكونوا مدخنين ، بالإضافة إلى تعاطى القهوة والكحول (Cranston Cuebas & Barlow, 1989) . وهناك دلائل بالإضافة إلى ذلك على أن ممارسة الرياضة بإنتظام (ثلاث مرات فى الأسبوع) تؤدى إلى تعزيز الصحة الجنسية ، بما فى ذلك تكرار الأنشطة الحميمة وتحسين الانتصاب ، ويؤدى إلى نسبة مئوية عالية من الوصول إلى النشوة المرضية . (White, Case, McWhirter & Mattison, 1990) ، ويرتبط مقدار التعزيز بدرجة تحسن لياقة الفرد .

وتأسيسا على مثل هذه النتائج ، يطلب بعض الجراحين (مثال ذلك : Lewis, 1991) من المرضى الذين يدخنون أو يمضغون الطباق أن يتوقفوا قبل التفكير فى جراحة إعادة توسيع الشرايين ، وبالمثل نحن نشجع الرجال غير النشطين ليكونوا نشطاء والمدخنين ليقللوا من مقدار ما يدخنون ، أو يتوقفوا عن

التدخين ، ومن يتعاطون الكحول أن يمارسوا الأعتدال ، واكلى اللحوم أن يكونوا انتخابيين فى وجباتهم . ونحن لا نوجه العملاء لأن يتوقعوا تحسناً ضخماً فى أدائهم الجنسى ، إلا أن مثل هذه الأقتراحات يمكن أن تساعد ، والعملاء الذين يتسمون بالدافعية الجادة لتحسين أدائهم الانتصابى ، يمكن أن يبادروا بهذه التغييرات فى نمط حياتهم بطريقة مستقلة ، بينما يحتاج الآخرون إلى توجيهات المعالج .

تطوير منحي علاجي شامل

يعرض العملاء ، فى أغلب الأحوال ، ولديهم مجموعة متنوعة من الانشغالات ، التى تتطلب خطة علاجية متعددة الجوانب . وقد وجدنا أنه من المفيد أن نحدد أولويات المواقف للعملاء ، وحيث أنهم يعرضون جميعاً انشغالات غير متعادلة فى مقدار ما فيها من عجلة تؤدى لتحديد أيها يجب التعامل معه أولا . فدائماً ما تكون الانشغالات ذات الترتيب الأعلى (مثال ذلك الكدر الزواجى) هى التى تحظى منا بقدر من العناية يسبق اضطراب الانتصاب . ومن المفيد أكثر إذا استطاع العملاء الاعتراف بذلك بأنفسهم . وعلى الرغم من أن المرء يستطيع التوجه إلى مشكلة غير جنسية باعتبارها صاحبة الاولوية الأولى ، إلا أنه أحياناً ما يكون هناك تحول إيجابى من مجال مستهدف لآخر . ويبدو فى هذه الحالات أن التقدم يحدث متزامناً كما لو كان هناك اقتران بين مسارين متزامنين . ويكون من الضرورى ، فى حالات أخرى ، التقدم على التتالى ، متجهين إلى جزء واحد من حزمة مشكلات العميل فى الوقت الواحد . ومن المهم مشاركة هذه الوجهة من النظر العلاجية مع العميل .

ولأن مؤلفين آخرين فى هذا الكتاب قدموا معلومات تفصيلية حول مشكلات متعلقة (مثال ذلك : الاكتئاب والكدر الزواجى) ، فلن نقدم هذه الأنشغالات تفصيلاً . وعلى الرغم من ذلك ، فهذا لا يوحى أن مثل هذه الانشغالات ستتراجع إذا ما اتجه الاهتمام للمشكلات الجنسية . والأحرى أنه سيكون من الضرورى استشارة هذه الفصول (Young, Beck & Wein – berger, chapter 6 , this volume; Cordova & Jacobson, chapter 12 this volume) للمشورة) عند تطوير خطة علاجية شاملة للعميل .

دراســة حــالة

خــلفية

حُوِّل فريد "Fred" بواسطة أخصائى المسالك البولية ، الذى فحصه بعد شكوى تتعلق باضطراب الانتصاب لدى الذكور ، لتلقى علاج جنسى ، وكانت نتيجة فحص أخصائى المسالك البولية سلبية فيما يتعلق بأى تعقيدات مرضية ، وتضمن التقرير الطبى المعلومات الآتية :

«بناء على الفحص العضوى ، فإنه ينمو بشكل جيد ، وهو مكتمل الرجولة ، ولديه قضيب سوى وبحجم مناسب ، وكلا خصيتيه متدليتان وبحجم طبيعى ، ولديه أرجاع سوية للعضلة الخاصة بنسيج كيس الخصية ، وكذلك إحساسات سوية فى منطقة ما بين الخصية والشرج . والبروستاتا لديه صغيرة وطبيعية وهرمون التيستوسيترون لديه ٤٩١ وعدد كرات الدم لديه طبيعى ، ويبلغ البرولاكتين ٥ ، وقد أجريت عليه دراسات دوبلر(١) قبل وبعد باستخدام البابافرين ، والتدفق لديه ممتاز، وتشير دراسة الامتلاء القضيبى لانتصاب كامل» .

وبناء على تقرير أخصائى المسالك البولية . كان من المؤكد غالبا أن اضطراب فريد الانتصابى من غير المحتمل أن يكون ناتجاً عن عوامل خطر بيولوجية . وبالتالى فقد صممنا تقييمنا لتقدير دور عوامل الخطر النفسية الاجتماعية . وكما سيتضح فإن كثيرا من البيانات الإكلينيكية تضمنت انشغالات زوجية نتجت أوليا عن عوامل نفسية اجتماعية .

المقابلة الاكلينيكية

حضر فريد (ف) وزوجته إميلى (أ) الجلسة الأولى . وبعد الملاحظات التقديمية بدأت الجلسة مع المعالج (ع) :

ع : كما تعلم يا فريد ، فقد حولك دكتور رسل ، وقد أرسل لى تقريره الطبى. ولم يجد أى تفسير طبى لصعوباتك الجنسية . وقد حولك لى للمساعدة على تقييم العوامل غير الطبية التى يحتمل أن تكون قد أثرت فيك . وإجراءاتى المعتادة هى أن التقى كل منكما بمفرده ؛ لكى أجمع معلومات من وجهة نظر كل منكما . وقبل أن ألتقى بكل منكما على أنفراد ، أود أن أعطيك فرصة لتسألنى

---

1 - Doppler

عن خلفيتي، أو عن الإجراءات العلاجية . كما أنني أرغب أيضاً في سؤالك عن المعلومات ، التي تتعلق بك لاستيفاء ملفاتي .

وعند هذه النقطة كان هناك تبادل للأسئلة والأجوبة ، وتم الحصول على المعلومات حول خلفية العميل .

يبلغ فريد الثانية والأربعين من العمر ، وهو شخص بارز في الولاية ، وهو رئيس لمؤسسة مهنية ضخمة . وزواجه الحالي هو الزواج الثاني له . وقد استمر زواجه الأول سبع سنوات ، وقد احتفظ بحضانة ابنته «دونا» ، والتي تبلغ الآن العشرين من العمر . وقد انتهى زواج فريد الأول بالطلاق ، بعد أن أكتشف أن لزوجته علاقة غرامية . وقد تزوج أميلي ، زوجته الثانية منذ ثمانية أعوام ، وكانت «دونا» بعيدة حيث تدرس في الجامعة ، ولم ينجبا هو وإميلي أطفالاً .

وتعمل إميلي التي تبلغ التاسعة والثلاثين ، أخصائية اجتماعية ، وزواجها بفريد هو أول زواج لها ، وقد عملت خلال السنوات الست الأولى من زواجها كمدبرة منزل وأم . وعندما تركت دونا المنزل للدراسة ، عادت إميلي لعملها الاجتماعي كل الوقت . وعلى الرغم من أن هذا هو زواجها الأول ، إلا أنه كان لديها عديد من العلاقات السابقة الممتدة وكانت مستريحة لحالتها الجنسية .

وقد وصف كل من فريد وإميلي المشكلة باعتبارها صعوبة الوصول إلى انتصاب ، يضاعف منها انخفاض الاهتمام الجنسي (أي انخفاض الرغبة الجنسية) . وقد تجنبا كل العلاقات الجنسية لحوالي ثلاثة أشهر ، واتفق كلاهما على أنها «مشكلة فريد» ، وعلى الرغم من أن إميلي ذكرت أيضاً انخفاضاً في رغبتها الجنسية هي الأخرى «حيث انقضت فترة طويلة عليّ دون ممارسة الجنس حتى أنني أصبحت لا أريده» .

بعد الأسئلة والإجابات الأولية ، اختار فريد أن يكون أول من تجرى معه المقابلة الفردية . وقد أعطيت لكل من فريد وإميلي بطارية ديروجيتس للأداء الجنسي ، وطلب من كل منهما الإجابة عنها دون استشارة أحدهما للآخر ، وأن يعيدا البطارية بواسطة البريد قبل موعد الجلسة التالية .

الجلسة الأولي

ع [مع فريد بمفرده] : فريد في هذه المرة وأنت بمفردك ، أود أن أعرف من وجهة نظرك تفاصيل علاقتك بإميلي مع التأكيد بصفة خاصة على

انشغالاتك الجنسية . وأريديك أن تعرف أن كل ما ستخبرني به سيظل سرّياً تماماً . وسنشرك إميلي فيه معنا إذا اعطيتني تصريحاً بذلك . ربما تستطيع البدء بإعطائي تاريخاً لعلاقتك بإميلي ، بدءاً بتاريخ مقابلتك لها .

ف : حسنا ، التقيت بإميلي قبل أن نتزوج بحوالي عامين ، وقد عرّفنا أحد الأصدقاء ببعضنا ، ويبدو أننا تفاهمنا بعدها على الفور ، كان لها شخصية جيدة وبدا لي أنها شخصية متزنة ، ولكن . . . (همهمة) لم أنجذب لها جنسيا بقوة على الإطلاق .

ع : هل وجدتها غير جذابة ؟

ف : لا ، ليس شيئاً من هذا ، أقصد ، أنها مهندمة وتعتني بنفسها للغاية ، ولكنها فقط لا تبدو مثيرة جنسياً ، حسبما أعتقد .

ع : ما الذي تجده مثيرا جنسيا ؟

ف : حسناً (همهمة) إنه أمر صعب ... أعتقد أنها الشخص الأكثر ... شعوراً أو جموحاً . ولكن مرة أخرى ، من الصعب عليّ أن أرى نفسي مع هذا النوع من الأشخاص . أنا أحب النوع المتزن والمحافظ من الناس ، أعلم أنني أتكلم بطريقتين مختلفتين ، صواب ؟

ع : حسناً ، يبدو أنك انجذبت للخصائص الشخصية ، وهو ما أدى لصراع لديك.

ف : لا تفهمني خطأ ، لقد انجذبت لها ، غير أن الجنس لم يكن هو المحرك القوى لدى قيام علاقة بيننا .

ع : هل سبق أن عانيت من أي مشكلات جنسية مع إميلي في بداية علاقتكما ؟

ف : أوه لا ، لا مشكلات ، ولكن يحتمل ، ليس بهذا التكرار بالنسبة لعلاقة جديدة . وبالمقارنة بنساء آخريات ، لم يكن الأمر بهذا القدر الذي انخرطت فيه في علاقات عديدة سابقة ، لم تكن إميلي هي ... المثيرة جنسيا بالنسبة لي .

ع : ما الذي كنت تجده جذابا في إميلي ؟

ف : إميلي شخصية في غاية الاتزان ، وهي مهتمة وموضع ثقة ، وقد احتجت لأم جيدة لأبنتي . لقد أردت رفقة وكانت إميلي رفيقاً جيداً ، وهي حسنة

العشرة وطيبة للغاية ، ولكن كما قلت لم يكن الجنس جزءاً كبيراً فى علاقتنا . لقد سارت حياتنا بشكل جيد ، وكانت هى الشخص الذى يمكن أن أعتمد عليه، وابنتي دونا تحب إميلى ، كما أن إميلى تحب دونا . لقد كنت قادراً على القيام بعملى وسارت حياتنا بشكل جيد .

ع : هل سبق أن كان الجنس مشكلة أو انشغالاً فى بداية علاقتكما ؟

ف : الواقع لا ، أظن أن إميلى يجب أن تسأل لماذا لم نمارس الجنس أكثر ، والواقع أننى لم أفكر فى ذلك كثيراً ، لم نتشاجر أبداً حول ذلك ، نحن .. أنا بعض الشىء ، كنت أتجنب ذلك ، على ما أعتقد .

ع : ما الذى كانت عليه الأمور بعد أن تزوجتما ؟ هل تغير أى شىء ؟

ف : الواقع لا ، كان كل شىء على مايرام خلال الأعوام القليلة الأولى . لقد أصبحت مشغولاً أكثر وأكثر فى مؤسستى ، ثم حدث أن أصبحت الرئيس ، وأنا فخور بذلك ، ولم تكن إميلى تشكو من انشغالى ، ربما فى البداية لأنها كانت مشغولة للغاية مع ابنتى ، لقد كانت علاقتهما حميمة ويقومان بكل شىء معاً ، بالإضافة إلى أنها كانت تعرف أن ذلك أمر جيد لمستقبلى الوظيفى .

ع : متى بدأت المشكلات الجنسية تتطور بينك وبين إميلى ؟

ف : أعتقد أن كل شىء بدأ بعد ذهاب ابنتى إلى الكلية . لقد كان ذلك خسارة كبيرة لإميلى وبدت فى غاية التوتر . وبدأت تشكو أكثر وأكثر من الوقت الذى أقضيه فى المؤسسة ، ومن عدم ممارسة الجنس .

ع : هل بدأت تعانى صعوبة فى الوصول إلى انتصاب فى هذا الوقت ؟

ف : نعم ، وكانت إميلى تسألنى : «ما المشكلة؟» وكأنها تقول «كيف حدث أن فقدت صلابة الانتصاب» وكانت تبكى يا إلهى لقد جعلنى ذلك أشعر بالهلع ، ولم أكن أرغب فى إيلامها ، لذا كل ما فعلته أننى تجنبت الامر أكثر وأكثر .

ع : ما الذى تعتقد أنه سبب لك المشكلة فى ذلك الوقت ؟

ف : لا أعرف ، لقد كان من الصعب على أن أجد وقتاً ، وكنت متعباً للغاية، وقد فكرت أيضاً أن شيئاً عضويا هو السبب .

ع : ما الذى جعلك تفكر أن هناك سبباً عضوياً ؟

ف : حسناً ... لأن أبى أصيب بذبحة صدرية عندما كان شاباً ... ولم يمارس الجنس هو وأمى بعد ذلك إطلاقا . وهذا منطقى ، أعتقد أنك ستقول ذلك ، أعتقد أنه كان يعانى من مشكلات انتصاب .

ع : كيف عرفت الحياة الجنسية لوالديك ؟

ف : كنت أسمع تعليقات أمى ، وكانا يتشاجران حول ذلك بين وقت وآخر ، وقد تصادف أن سمعت جدالهما ... لم يكونا يعرفان أننى أستمع اليهما ... ولكننى كنت أعتقد دائماً أن الأمر نفسه سيحدث لى بسبب مشكلات القلب .

ع : هل لديك أى تاريخ لمشكلات فى القلب ؟

ف : لا ، لقد أجريت فحصاً لدى أفضل طبيب فى المدينة ، دكتور هيلجارد [وهو طبيب قلب مرموق] ومستوى الكلوسترول لدى ٢٢٠ وهو مرتفع ، ولكنه ليس سيئا بالنسبة لرجل فى عمرى ، وضغط دمى عادى ، وكما ترى فإن وزنى زائد قليلا ولكننى أحب الأكل .

ع : وماذا عن السكر ؟

ف : لا ، لا يوجد أحد فى أسرتى لديه سكر .. لا ، لا أظن لدىً سكر .

ع : هل هناك أى أمراض أخرى يمكن أن تسبب لك مشكلات جنسية ؟

ف : لا .

ع : هل تتناول أى عقاقير حالياً ؟

ف : مجرد اسبرين أحياناً للصداع ، أو قرص حساسية مضاد للهيستامين فى الربيع .

ع : حسناً ، كما أقترح دكتور رسل يبدو أن لديك القليل من عوامل الخطر الطبية ، ولكن من المفهوم بالنسبة لك أن تفكر فى أنه لابد أن تكون هناك مشكلة طبية خلف صعوباتك فى الانتصاب . ويشك كثير من الرجال فى ذلك ، لأسباب معقولة ، إلا أنك لحسن الحظ معافى تماماً ، كما لم يجد دكتور رسل أى مشكلات طبية جوهرية .

ف : أعلم أنه من الغباء أن أفكر فى أن هناك مشكلات طبية ، وبالأخص أننى

أحصل على انتصاب فى بعض الأحيان .

ع : متى تحصل على انتصاب ؟

ف : أثناء الليل ، وفى الصباح قبل أن أذهب إلى الحمام .

ع : هل تستيقظ عادة ولديك أنتصاب ؟

ف : نعم كل يوم تقريباً ، على ما أعتقد .

ع : هذا أمر طبيعى للغاية أن يمارس الرجال الاستمناء خلال حياتهم . ويمارس بعض الرجال الاستمناء لكى يتأكدوا أن الأمور على ما يرام ، ما خبرتك فى ذلك [لاحظ أن السؤال صيغ بطريقة حساسة لأن بعض الرجال لا يستريحون لسؤالهم عن الاستمناء ، لهذا نتجنب أن تكون صيغة السؤال : «هل تمارس الاستمناء؟»] .

ف : آهـ نعم ، الأمر على ما يرام عندما أقوم بالاستمناء ، أنا لست خجلاً من ذلك، أنا أعتقد أنه أمر طبيعى أن أمارس الاستمناء ، أنا لست خجلاً من ذلك، أنا أعتقد أنه أمر طبيعى أن أمارس الاستمناء .

ع : هل يمكنك أن تحصل على انتصاب إذا ما كانت إميلى هى التى تمارس لك الاستمناء ؟

ف : أحياناً ، وبالأخص إذا لم أكن أتوقع ذلك ، وعندما أكون مسترخيا ، أى خلال الإجازات عندما نكون نائمين فى ... أحيانا ، قبل ، قد تفاجئنى قائلة انا أحب ذلك (الصوت يتباعد) .

ع : هل تستطيع ممارسة الجنس مع إميلى فى بعض الأحيان بانتصاب كامل ؟

ف : نعم ، أحيانا ، ولكنى لا أستطيع أن أتنبىء بمتى سيحدث ذلك .

ع : ما علاقتك بإميلى حالياً ؟

ف : متوترة للغاية ، أشعر أننى تحت ضغط ، إما أن يحدث انتصاب وإما أن اخرج . لم نمارس الجنس منذ شهور ، وإميلى متضايقة للغاية ، وأنا مشغول للغاية ، ويبدو أننى لا أجد وقتا ، وأنا خارج البيت كل ليلة طوال الأسبوع فى مؤسستى ، وأشعر أننى مضطر لذلك منذ أصبحت رئيسها ، لا أستطيع أن أخذل الناس .

وقد ركزت بقية الجلسة الأولى على علاقة فريد بإميلى وعلى زواجه السابق . وقد ذكر أنه أحب إميلى وأنه لا يرغب فى إنهاء زواجه ، كما كشف أيضاً عن أنه عندما يكون قادراً على الحصول على انتصاب ، يصبح كل ما يتعلق بالجنس باعثاً على المتعة ، ولا توجد شكاوى تتعلق بأداء إميلى الجنسى ، وأنه يعتقد أن المشكلة مشكلته .

وقد ذكر أن زوجته الأولى كانت على علاقة غرامية مع آخر من خلف ظهره ، ثم أخبرته بعد ذلك أن ذلك راجع إلى أنه لم يكون قريباً منها أبداً . وحول نهاية المقابلة سئل : «هل هناك أى شىء لم نناقشه مما يمكن أن يكون موضع شكوى لإميلى؟» ، وقد أجاب فريد بقوله إن أميلى قد تشكو من أنه يشرب الخمر كثيراً ، ولكنه لا يعتقد أن هذه مشكلة . وقد أخبر المعالج أنه يمكن أن يتقاسم كل المعلومات مع إميلى ، فيما عدا الجزء الخاص بكونها لم تكن مثيرة له جنسيا فى البداية .

الجلسة الثانية

ع [مع أميلى بمفردها] : إميلى ، هذه المرة معك بمفردك . أود أن أعرف من وجهة نظرك تفاصيل علاقتك بفريد ، مع التركيز بوجه خاص على الموضوعات الجنسية . وكما ذكرت لفريد فإن كل ما نناقشه هنا يتسم بالسرية، مالم توافقى على إطلاعه عليه .

أ : ممتاز ، حسناً ، أنا أتفهم ذلك ، فأنا أخبر عملائى (فى عملى كأخصائية اجتماعية) الشىء نفسه ، وأنا مسرورة أنك تفعل ذلك بهذه الطريقة ، على الرغم من أنه لا توجد لدى أسرار ، فأنا أخبر فريد بما أفكر فيه .

ع : هل ناقش فريد معك أى شىء مما دار خلال مقابلتى معه ؟

أ : لا ، لا شىء منه ... كما ترى أنه لا يتطوع بشىء كثير هذه الأيام ، وهو لا يتناقش كثيراً حول حياتنا الجنسية . الواقع أنه يتجنب ذلك .

ع : هل تغير شىء منذ التقيت بكما ؟

أ : لا ، كل شىء كما هو ، ولكننا لم نتشاجر معاً هذا الاسبوع ، كانت لدى رغبة فى التراجع عن الشجار ... لقد أتخذت موقف «لننتظر ونرى »أريد أن أرى إذا ما كان هذا العلاج سيفيد» .

ع : إميلى ، هل تتفضلى بإخبارى عن علاقتك بفريد ؟ مثال ذلك كيف بدأت ؟ ما الذى جذبك إليه ؟ ماذا كان مذاق الجنس بينكما فى البداية ؟

أ : كان كل شيء جيداً فى البداية . كنت أعتقد أنه رائع ومتمكن . وهو ... ولكن بعد ذلك ، كان يكثر من الحديث معى طوال الوقت ، كنا متقاربين للغاية . وكنت على ما يرام فى علاقتى بابنته ، دونا ، وقد كنا عائلة سعيدة . لم تكن لدينا المشكلات المعتادة التى توجد عادة بين زوجة الأب والابنة .

ع : كيف كان الجنس بينكما فى البداية ؟ .

أ : كان الجنس بيننا على ما يرام ، ولكننى لا أعتقد أننا كنا نمارسه كثيراً بقدر كافٍ .

ع : هل كنت تعتقدين أن هذه مشكلة ؟

أ : نعم ، أعتقد ، حتى أننى ذكرت له ذلك ، ولكنه كان يقول إنه متعب ، أو مشغول للغاية . إنه مشغول بصورة مهولة . ويبذل الكثير من الوقت للغاية فى الأعمال الجانبية . وأنت تعلم ذلك .

ع : متى بدأت لديه مشكلات الانتصاب ؟

أ : منذ عدة سنوات . أعتقدت فى البداية أنها مشكلة مؤقتة – ربما نتيجة للتوتر الذى زاد منه تعاطيه للشراب . وبعد أن استمر الأمر ، أخبرته أن عليه أن يحصل على مساعدة . وأنت تعلم أنه أصبح رئيس المؤسسة ، ويبدو أن هذا أنهى علاقتنا . لقد طلبت منه مرة بعد الأخرى أن يستقيل ، ولكن عمله كان مهما لديه للغاية ، أكثر أهمية منى (باكية) .

ع : هل تعتقدى أنه فضّل عمله عليك ؟

أ : أعلم أنه فعل ذلك . لقد قلت له وقد اعترف بذلك . وكما تعرف فهو يشرب الكثير من الخمر ، واعتقد أنه سكير . وهو لا يقبل ذلك . لقد كان والدى سكيراً وأنا شديدة الحساسية لهذه المشكلة . وفريد يشرب كل يوم ، وهو يختار الشراب مع أصدقائه فى العمل كل يوم بعد العمل ، بدلاً من العودة إلى المنزل . وهو يقول إن العلاقات الاجتماعية والشراب جزء مهم من عمله لأن وظيفته سياسية . وهو يعود إلى البيت مترنحاً فى بعض الأحيان ، وله شخصية المدمن ، ولكنه لا يعترف بذلك . وحتى عندما يكون فى البيت ، فإنه ينفق

الوقت فى الحديث تليفونيا مع زملائه فى العمل .

ع : هل حدث أن واجهتيه فى موضوع الشراب ؟

أ : مئات المرات . ولكننى استسلمت . حتى إننى قلت له إذا كنت تحبنى عليك أن تتوقف ، لقد كان والدى كحوليا ، وأنا أكره ذلك ، ولكنه استمر فى الشراب .

ع : إذا لم يكن فريد يشرب ، وكان لطيفاً معك ، وكان قادراً على الحصول على انتصاب ، ما الذى كان سيكون عليه الجنس ؟

أ : الواقع أن الجنس سيكون جيداً للغاية ... عندما نمارسه . ففريد محب جيد ، ويبدو أنه يستمتع به وأنا أيضاً . أنا فى حاجة لأن يكون قريباً منى ، إن ذلك مهم للعلاقة ، إنه مهم لى . إنه مجرد ... حسنا ... لم يكن مهتماً أبداً ... وقد اختار عمله على .

ع : هل تعتقدين أن الأمور سارت شوطاً بعيداً بينكما ؟ هل فاض الكيل ؟

أ : (بعد فترة صمت) نعم ، لا أرى أى أمل (باكية) .

ع : إن انطباعى عن ذلك أنه إذا كان فريد أكثر حساسية لاحتياجاتك فستكونين سعيدة ، إذ لا يبدو أنك تكرهينه ، بل الأحرى أنك فقدت الأمل فى أن يتغير .

أ : أنت على صواب . أنا لا أكرهه . إنه رجل طيب .

ع : لقد ذكرت من قبل أن والدك كان يشرب كثيراً . ما الذى كانت عليه طفولتك؟

أ : كان أبى طبيباً وكان لدى اثنان من الإخوة الذكور واثنتان من الأخوات الإناث، وكان أبى سكيراً وكان أحد أخوتى وإحدى أخواتى سكيرين أيضاً . وكانت أمى امرأة طيبة ، ولكنها كانت ضعيفة مسحوقة بنا نحن الأطفال ، والواقع أنها لم تكن تستطيع العناية بنا . وقد تركتنا بمفردنا كثيراً . وكانت أختى الكبرى هى التى ترعانى .

وتركزت بقية الجلسة على طفولة إميلى ونموها النفسى والجنسى ، وحالتها الصحية الراهنة ، ولم تستغل جنسياً فى حياتها ، ولديها اتجاهات صحية نحو الجنس ، وقدر منخفض إلى حد ما من تقدير الذات ، على الرغم من إنجازها الأكاديمى والمهنى . وكانت فى صحة جيدة ولم تكن تشرب أو تدخن ، وتسير على قدميها ميلين كل يوم .

ملخص التقييم

على أساس بيانات المقابلة الشخصية والإكلينيكية وبطارية ديروجيتس للأداء الجنسى ، كان من الواضح أن هناك بعض عوامل الخطر النفسية الاجتماعية وراء مشكلة الانتصاب ، وتوحى نتائج بطارية ديروجيتس أن كلاً من إميلى وفريد لديهما رصيد جيد من المعارف الجنسية الأساسية . والأكثر من ذلك أن بطارية ديروجيتس أكدت نقص النشاط الجنسى ، ولكنها أوحت أن لدى فريد مستوى من الرغبة الجنسية فى الحدود السوية . وقد ذكرت إميلى أنها تعانى من نقص الثقة فى صورتها الجسمية ، وهو ما يعكس الانخفاض العام فى تقديرها لذاتها .

وقد استُهدفت المجالات التالية باعتبارها تستحق الاهتمام العلاجى :

تعاطى فريد للكحول

التزام فريد بعمله .

ووضع أميلى (وعلاقتهما) فى الدرجة الثانية .

عدم قدرة الزوجين على تنظيم أوقاتهما معاً .

انخفاض رغبة فريد فى إميلى منذ بداية علاقتهما .

تقدير الذات المنخفض لدى إميلى .

ضغوط إميلى على فريد فيما يتعلق بالجنس ، وتعليقاتها السلبية حول اضطراب الانتصاب لديه .

قلق الأداء لدى فريد .

وحيث يبدو أن كلا من فريد وإميلى يحبان ويحترمان بعضهما البعض ، فقد كان هناك بعض الأمل فى العمل لحل المشكلة ، على الرغم من قول إميلى أن «الكيل قد فاض بها» ، كما اعترف كلاهما أن فريد لديه التزام شديداً بعمله وموقعه الرئاسى ، وأصبح يبدو أنه من المنطقى التوجه أولاً لهذه المشكلة ؛ لتوفير قدر جيد من الوقت للعمل على بقية القضايا الزوجية والجنسية .

الجلسة الثالثة

ع : [مع فريد وإميلى معا] قبل أن نبدأ ، أود أن أسأل إذا ما كانت هناك أية

تغييرات أو قضايا جديدة يتعين أن نناقشها ؟

أ : أصبحت الأمور أقل إثارة للتوتر ، غير أن شيئاً لم يتغير فى الواقع .

ف : أوافق على ذلك ، واعتقد أننا منذ أن بدأنا الحضور إلى هنا ، أصبحت الضغوط أقل .

ع : حسناً ، بمراجعة كل المعلومات التى حصلت عليها من كل منكما ، أعتقد أن كليكما سيوافق على أن القدر من الوقت الذى تقضيانه معاً محدود . كما أننى أعتقد أيضاً أنكما توافقان أيضاً على أن التزام فريد بوظيفته الرئاسية مستهلك للغاية للوقت ، ويبدو أنه يعطل إمكانية وجودكما معاً . وأعتقد أن هذا هو المجال الأول الذى يجب أن نتعامل معه ؛ لذا فقبل أن نتوجه بطريقة ناجحة لحل المشكلة الجنسية ، علينا التعاون معاً لعمل شيئين : الأول ، نريد زيادة مقدار الوقت الطيب الذى تقضيانه معاً ، وثانيا ، نريد تعزيز قدرتكما على التواصل الفعال ، إذ يبدو أن كلا منكما يريد العمل على استمرار العلاقة - وهذه إيجابية كبيرة - من وجهه نظرى ، كما أنه يبدو أن كلا منكما قادر على الإشارة إلى الخصائص الإيجابية فى الآخر ، وهذه ايجابية أخرى . واعتقد أنكما ، على الرغم من ذلك ، لا تتفقان معاً حول مشكلة تعاطى الكحول ، وهذا شىء علينا أن نتناوله أيضاً . واقترح أن نتجه أساساً إلى مشكلة الالتزام بالوقت ، والأولويات فى حياتكما . وما أن نحل هذه المشكلة ، حتى نكون قادرين على التوجه إلى مشكلة الكحول والمشكلة الجنسية .

[لاحظ أن هناك معلومات إضافية تم الحصول عليها من المقابلة وهى غير مذكورة هنا ، كما أن بيانات الاستخبار كشفت عن أن صعوبات فريد الكحولية ليست خطيرة بالدرجة الكبيرة التى يتعين معها تأجيل العلاج الجنسى والزوجى] .

ع : ما شعوركما حول ما أقوله ؟

إ : أوافق ، أنا لا أعرف كيف يمكننا ممارسة الجنس ، إذا لم يكن فريد متواجداً فى البيت على الإطلاق ؟

ف : أوافق أيضاً ، ولكننى لا أعرف كيف أتخلى عن موقعى الرئاسى . لقد أنتخبنى الناس وهم يعتمدون على .

ع : دعنى أهدئ من انشغالك يا فريد . لم يطلب منك أحد أن تتخلى عن موقعك الرئاسى . على الرغم من أنه سيطلب منك أن تراعى التزاماتك الأخرى ، وسنرى أيها نسبى ، وأيها جوهرى بصورة مطلقة من وجهة نظرك . لقد شجعنى على ذلك التزامك بالحضور لمقابلتى . وقد أظهرت بالفعل مرونة حقيقية بهذا الخصوص . دعنى أؤكد لك أننا إذا لم نستطع جدولة أوقات كافية معا بطريقة مرضية بالنسبة لكل منكما ، فلن نستطيع أن نتقدم كثيراً فى تناولنا لانشغالاتك الجنسية .

إ : (متوجهة إلى فريد) أنت غير مطالب بالبقاء والشرب مع أعضاء المجلس ليلة كل يوم جمعة .

ف : (مدافعاً) هذه اللقاءات ليست كلها اجتماعية ، فنحن ننجز كثيراً من العمل خلال هذا الوقت الاجتماعى . إن موقعى سياسى للغاية – وأنت تعرفين ذلك– وهناك الكثير من القرارات المهمة تتخذ بعد ظهر أيام الجمعة .

ع : فريد ، أنا متأكد أنك فى افضل موقع لتقدر ما هو المهم بالنسبة لعملك . ومن ناحية أخرى يمكنك أن تفهم كيف يؤثر التزامك بهذا الوقت المتعلق بعملك فى إميلى وفى علاقتكما معاً ؟

ف : أنا متأكد أن ذلك هو ما يجعلها غاضبة للغاية ، ولكننى لا أعرف ما الذى يمكن عمله ؛ فالناس يعتمدون على ، إلى جانب أننى خائف من أننى إذا تخليت عن وقتى ، فستطلب إميلى المزيد والمزيد .

إ : هذا غير صحيح ، ففريد هو الذى يفعل كل شيء بإرادته ، وهو يفعل ما هو جيد لفريد فقط ، أشعر أننى غير مهمة على الإطلاق .

ع : هذه قضية يبدو ، بلا شك ، أنها تحتاج إلى مناقشات كثيرة ، والعلاج لم يصمم لتحديد من منكما على صواب ، ومن منكما على خطأ ، والعلاقة – بحكم التعريف – تتطلب حلولاً وسطى . لذا فإننا سنستخدم العلاج للنظر فى العمليات المتعلقة باتخاذ القرار . ويمكننا استخدام أمثلة مثل اللقاءات الاجتماعية بين فريد وفريق العمل أيام الجمع ، ولكن لمجرد أن نوضح من خلالها مشكلة ، يتعين أن تتخذا كلاكما قراراً بشأنها ، وأن تتواصلا حولها . عليكما التعاون معاً على حل هذه المشكلة مثل فريق يسعى لتحقيق هدف .

وركزت بقية الجلسة على كيفية تقدم العلاج ، وتقرر أن يبدأ العلاج مع فريد بمفرده حيث وافق على أنه المسئول عن أغلب القضايا الجوهرية . وقد نوقشت إيجابيات وسلبيات هذه الاستراتيجية ، بالإضافة إلى أن فريد وإميلى ناقشا ما الذى يريده كل منهما من الآخر فى علاقتهما . وكان من الواضح من هذه المناقشة أنه ليس لدى فريد توقعات جيدة حول زواجه وقد طلب منه أن يفكر فى ذلك حتى موعد الجلسة التالية .

الجلسة الرابعة

ع : [مع فريد بمفرده] فريد ، أود أن أبدأ هذه الجلسة بمراجعة ما استجد من ناحية منذ جلستنا فى الأسبوع الماضى ، كما أود أن أعرف من ناحية أخرى ما إذا كنت قد فكرت فى توقعاتك من زواجك ، وأيضاً ما إذا كنت قد فكرت فى التزامات الوقت الخاصة بك ؟

ف : لقد فكرت قليلاً فى ذلك ، على الرغم من كونى مشغولاً للغاية ، عندما تزوجت من إميلى كنت أتطلع أساساً لامرأة يمكنها العناية بابنتى ، امرأة يمكن أن أقضى حياتى معها ، الواقع أننى لم أكن أفكر فى الحب أو فى التزام طويل المدى . أعتقد أنه كانت لدى مشكلة بخصوص الالتزام بعد زواجى الأول . فأنا اخشى إذا ارتبطت باحد أن يحد ذلك من حريتى ، كما أننى خائف أيضا إذا فشلت العلاقة أن يكون ذلك مؤلماً .

ع : هل يمكنك أن تتفهم أن إميلى يمكن أن تفكر كالآتى : «لأن فريد ينفق كل وقته فى عمله ، فإنه يكون بذلك قد اختار حياته العملية على حساب حياته الشخصية» .

ف : لقد روضت نفسى على حقيقة أن زواجى سيفشل ، وأنه لا يمكن عمل شىء إزاء ذلك .

ع : يبدو لى أن إميلى ترغب فى استمرار العلاقة . كما أنها ترغب أيضاً فى الشعور أنك مهتم ، واعتقد أنك إذا كنت تريد استمرار العلاقة حقاً ، فعليك أن تقيم هذه العلاقة .

وأنفق بقية وقت الجلسة فى الكشف عن معارف فريد حول الالتزام نحو إميلى ومناقشتها . وتمكن فريد من دحض فكرة أن إميلى قد ترغب فى «المزيد والمزيد» ، وأنها قد ترفضه عند حد معين ، وقد طلب منه أن يفكر أكثر فى

علاقته، مع تفهم أن العلاج لن يتناول القضايا الزوجية مالم يتخذ بعض القرارات الشخصية .

الجلسة الخامسة

ف : [مع فريد بمفرده] (بدأ الحديث قبل أن يوجه له سؤالاً) أعتقد أننى حققت قدراً من التقدم ، لقد فكرت كثيراً فى جلستنا الأخير . وقمت بقدر حقيقى من الجهد لأتغير . لقد خصصت بعض الوقت ، وقضيت ثلاث ليالٍ مع إميلى . لقد بدأ الأمر كما لو كانت مواعدة غرامية جديدة .. حتى أننى شعرت ... أننى منتصب (ضحكة عصبية) كما التقيت أيضاً بأحد أصدقائى القدامى ، وقد أخبرنى عن مقدار تعاسته فى زواجه ؛ فزوجته فظيعة . وقد ساعدنى ذلك على إدراك ما لدىّ . إننى أشعر أننى مختلف ... ولدى آمل (مبتسماً) .

ع : أنت تبدو متحمساً بالتأكيد ، ما الأفكار التى راودتك حول بعض المشكلات ، التى سبق أن تناقشنا فيها مثل تعاطيك الخمر والأوقات التى تلتزم بها؟ .

ف : طالما وصلت إلى هذا الحد من الشراب ، فلا أعتقد أننى أستطيع الإقلاع عنه، غير أننى أعتقد أن علىّ أن أحاول ، أعرف أن الأمر مهم بالنسبة لإميلى ، ولكنى لا أعتقد أن الأمر سيء بالقدر الذى تراه فى الواقع . أنت تعرف أن إميلى ... حساسة للغاية نحو هذا الموضوع بسبب والدها ، وهى تتسرع فى اعتبار أى شخص مدمن للكحول ... فمجرد أن تشرب تعد فى نظرها مدمناً للكحول ، ولكننى لا أعتقد أن كأسين من الخمر يجعلان منك سكيراً . كما تعرف أننى عضو فى نادى لتذوق النبيذ ، وأنا أتناوله بطريقة عقلانية للغاية ، وأنا أستمتع بذلك .

وركزت بقية الجلسة على إمكانية الاتجاه نحو التحكم فى الشراب ، وهو ما اعتقد فريد أنه حل وسط جيد ، وأنه سيناقش ذلك مع إميلى . كما أشار أيضاً إلى أنه أجرى هو وإميلى اختباراً للأمراض التناسلية المعدية ، حيث إن لديهما التهابات فى المناطق التناسلية ، وكانت النتيجة سلبية ، وقد فشل كلاهما فى الإشارة إلى هذه النقطة فى المقابلات الأولى الفردية ، عندما سئلا عن تاريخهما الطبى نتيجة للحرج .

وقد بدا أن هذه الجلسة تعد نقطة تحول حقيقية فى العلاج . وقد قيم فريد التفكير فى سلوكه وتوصل إلى أنه يريد العمل لصالح زواجه وتحسينه . وكان لديه

إحساس متجدد بالأمل ، سمح له بالتفكير فى أولوياته فيما يتعلق بالعمل وعلاقته . وقد فكر فى أساليب ليقضى قدراً أكبر من الوقت مع إميلى . وقد كشفت هذه الجلسة أيضاً أن خوف فريد من الأمراض التناسلية المعدية قوى ، ولكنه يمثل انشغلاً سابقاً كامناً ، كان يؤثر فى رغبته الجنسية ويقوى نتيجة لممارسته الجنس .

الجلسات من السادسة حتي العاشرة

استمر التقدم فى العلاج سريعاً بمجرد أن حصل الزوجين على شهادة خلو ، فيما يتعلق باحتمال وجود أمراض تناسلية معدية، . واستؤنفت العلاقة الجنسية بينهما ، دون حدوث اضطراب فى الانتصاب . وذكرت كل من إميلى وفريد زيادة فى الرغبة الجنسية ، وأعاد فريد تنظيم جدول أعماله ، وحدَّ من التزاماته خارج البيت إلى المستوى المقبول له ولإميلى . ووضع الزوجان قائمة بالأولويات بالنسبة لكل منهما ، واشتركا فى تحمل مسئولية التخطيط للوقت معاً .

وربما يكون الإفراط فى الشراب قد أسهم فى خفض الرغبة وفى صعوبات الانتصاب . وعندما كان فريد يشرب تكون إميلى غاضبة ، وأقل اهتماماً بالجنس، وكانت لديها تداعيات سلبية كثيرة نتيجة لتاريخ أسرتها . يضاف إلى ذلك ، أنه عندما كان فريد يشرب ، كان من الصعب عليه الوصول إلى انتصاب . وكان فريد وإميلى قادرين على الوصول إلى اتفاق حول التحكم فى الشراب بصورة مرضية كالآتى : يستطيع فريد أن يشرب فى نادى تذوق النبيذ فقط ، أو عندما تكون أميلى معه .

وكان فريد ينظر قبل العلاج إلى كل من تعاطيه للخمر والتزاماته نحو عمله على أنهما قضيتا أبيض وأسود . ومن المؤكد أن الزوجين تجادلا حول كلتا القضيتين بطريقة الكل – أو – لا شىء . ولم يكونا قادرين على التفاوض حول حل وسط . وكان التناول الأكثر مرونة لهاتين القضيتين قد نوقش خلال العلاج ، إلى جانب رغبة فريد فى حل المشكلة ، وهو الأمر الذى ساعد على التوصل إلى تغيير بناء .

وقد حضرت إميلى الجلستين الأخيرتين ، وأكدت كل المكاسب التى ذكرها فريد .

جانب آخير فى العلاج هو منع الانتكاس (انظر الفصل الثامن من هذا المجلد McCrady) . وبالتعاون مع المعالج ، ذكر فريد أن مفهومه عن نفسه هو

أنه «شخصية مدمنة مخاطرة ، وأنه شخص يحب إشعال الشمعة من طرفيها» وقد وافق على ألا يتحمل أية مسئولية إضافية ، دون أن يتناقش فى ذلك مع إميلى أولا .

وبناء على المعلومات التقييمية ، بدا أن هناك احتمالاً أن خطة العلاج الشامل لهذين الزوجين يتعين أن تتضمن كل المكونات الستة الجوهرية ، وكانت البيانات التى أوحت بالحاجة إلى كل مكون من المكونات الستة الجوهرية معروضة فى جدول (١ : ١١) .

وقد تطور العلاج بسرعة بمجرد أن قيم فريد موقفه ، وقام بإحداث تغييرات جوهرية فى مقدار الوقت الذى التزم به نحو إميلى ، وقلل من تعاطيه للخمر ، وكانت هذه التغييرات فورية وذات تأثير إيجابى للغاية على إميلى ، ونتيجة لذلك تحسن التواصل بين الشريكين مع الحد الأدنى من إرشاد المعالج . وخلال عدد قليل نسبيا من جلسات العلاج ، كان المعالج قادراً على تناول القضايا التعليمية وقضايا التحكم فى المنبه ، وإعادة التنظيم الإدراكى . وقد استأنف الزوجان الاستمتاع بعلاقتهما الجنسية ، دون حاجة لاستخدام إجراءات التركيز الحسى . واجتمع التحول فى كل من المشاعر الإيجابية التى استثيرت ، ونقص تعاطى الكحول خلال النشاط الجنسى ، والتأكيد أن أياً الشريكين ليس لديه أمراض تناسلية معدية ؛ ليسهم فى تحسن الرضا الجنسى .

ويبدو من خبرتنا أن الاحتمال كبير أن أى زوجين مثل إميلى وفريد ، ممن كانا يستمتعان بشكل مرضٍ بعلاقتهما الجنسية فى وقت ما ، يمكن أن يتغلبا على الصعوبات الجنسية ، مقارنة بأى زوجين لم يستمتعا إطلاقا بعلاقة جنسية مرضية .

جدول (١١:١) : المكونات الجوهرية للتغير العلاجى
ومعلومات التقييم ذات العلاقة لفريد وإميلى

المكون الجوهرى	معلومات التقييم
١ – التركيز الحسى	قرر فريد أن لديه قلقاً من الأداء الجنسى ، مرتبط بالفشل فى الانتصاب .
٢ – التعليم	على الرغم من أن الزوجين كانت لديهما معلومات جنسية جيدة (بناء على بطارية ديروجيتس للرضا الجنسى والمقابلة الشخصية) إلا أنهما لم يفهما تأثير العوامل المختلفة على علاقتهما الجنسية . وكانت هناك بعض الإعزاءات الخاطئة حول ما الذى سبب لهما المشكلة الجنسية .
٣ – التحكم فى المنبه	لم يكن لدى الزوجان مناخ رومانسى ، وكانا يقضيان وقتاً قليلاً للغاية معاً ، واستثارت مشكلة الكحول اشمئزاز إميلى .
٤ – إعادة التنظيم المعرفى	أعتقد فريد أنه إذا استسلم لإميلى فإنها ستطلب المزيد والمزيد ، كما اعتقد أيضاً أنه بعدم الالتزام تجاه إميلى، سيتجنب الألم ولن يحد من حريته .
٥ – التدريب على التواصل	كان يبدو أن كلاً من إميلى وفريد اتخذا قرارات مهمة، مع قدر ضئيل من التواصل بينهما ، أو دون تواصل على الإطلاق ، كما كان يبدو أيضا أن هناك القليل من القدرة على التوصل إلى حلول وسط فى القرارات المهمة .
٦ – تحسين الصحة	يحتمل أن سلوك فريد فى تعاطى الخمور كان له تأثير مناوئ لرغبته واستثارته ، كما كان له أيضاً تأثير سلبى على إميلى .

تعليقات مستخلصة

حاولنا فى هذا الفصل أن نقدم معلومات اساسية حول تعريف اضطراب الانتصاب لدى الذكور ، ومدى انتشاره وأسبابه . وعلى الرغم من أن عرضنا لهذه الموضوعات كان مختصراً بالضرورة ، إلا أننا نأمل أنه كان مفيداً . وقد قدمنا تفصيلات أكثر عن السياق والمبادئ والإجراءات الخاصة بالتقييم والعلاج . ونحن نعتقد أن الوعى بالانشغالات الخاصة التى يمكن أن تنشأ مرتبطة بتقييم وعلاج المشكلات الجنسية من الامور المهمة . وعلى الرغم من نمو التخصص الذى حدث فى هذا المجال ، إلا أننا مستمرون - فى الوقت نفسه - فى الاعتقاد فى السياقات العامة فى التقييم والعلاج لكثير من الاضطرابات ، التى نوقشت فى هذا الكتاب .

وتوضح الحالة التى عرضناها هنا كيف أن فهم القلق والاكتئاب وكذلك الكحولية والانشغالات الزواجية يمكن أن يكون مفيداً فى علاج اضطراب الانتصاب لدى الذكور .

وأخيراً ، نود الإشارة إلى أن العمل مع الرجال وشريكاتهم فى علاج اضطراب الانتصاب لدى الذكور يمكن أن يكون مفيداً للغاية فى اكتساب الخبرة المهنية . وكما ذكرنا فى موضع آخر (Wincze & Carey, 1991) ، فإننا استمتعنا باستجابات الامتنان من عملائنا ، فقد ذكر كثير منهم أنهم يعبرون عن انشغالاتهم الجنسية ومخاوفهم وأسرارهم لأول مرة . وقد أخبرونا أن هذه الإمكانية لمناقشة الامور الجنسية بصراحة ودون خجل يمكن أن تكون تجربة تحررية للغاية . ومن المؤكد أيضاً أنه من مصادر الامتنان أننا عندما نعمل مع عملائنا ، نستطيع أن نساعدهم على إعادة تأسيس أدائهم ، وتعزيز رضاهم الجنسى .

REFERENCES

American Psychiatric Association. (1993). *DSM-IV draft criteria as of 3 / 1 / 93.* Washington, DC: Author.

Bancroft, J., & Coles, L. (1976). Three years' experience in a sexual problems clinic. *British Medical Journal, i,* 1575 - 1577.

Bancroft, J., & Wu, F. (1983). Changes in erectile responsiveness during androgen replacement therapy. *Archives of sexual Behavior, 12,* 59 - 66.

Bansal, S. (1988). Sexual dysfunction in hypertensive men: A critical review of the literature. *Hypertension, 12,* 1 - 10.

Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiery and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 140 - 148.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiery and panic.* New York: Guilford Press.

Barlow, D. H., Sakheim, D., & Beck, J. G. (1983). Anxiety increases sexual arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 92,* 49 - 54.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring despression. *Archives of General Psychiatry, 4,* 561 - 571.

Beck, J. G., Barlow, D. H., & Sakheim, D. (1983). The effects of attentional focus and partner arousal on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behaviour Research and Therapy, 21,* 1 - 8.

Buffum, J. (1982). Pharmacosexology: The effects of drugs on sexual function-A review. *Journal of Psychoactive Drugs, 14,* 5 - 44.

Buffum, J. (1986). Pharmacosexology update: Prescription drugs and sexual function. *Journal of Psychoactive Drugs, 18,* 97 - 106.

Buvat, J., Buvat-Herbaut, M., Lemaire, A., Marcolin, G., & Quittelier, E. (1990). Recent developments in the clinical assesssment and diagnosis of erectile dysfunction. *Annual Review of Sex Research, 1,* 265 - 308.

Buvat, J., Lemaire, A., Buvat-Herbaut, M., Fourlinnie, J. C., Racadot, A., & Fossati, P. (1985). Hyperprolactinemia and sexual function in men. *Hormone Research, 22,* 196 - 203.

Garey, M. P., Flasher, L. V., Maisto, S. A., & Turkat, I. D. (1984). The a priori approach to psychological assessment. *Professional Psychology: Research and Practice, 15,* 515 - 527.

Carey, M. P., Spector, I. P., Lantin-

ga, L. J., & Krauss, D. J. (in press). Reliability of the Dyadic Adjustment Scale. *Psychological Assessment.*

Catalan, J., Hawton, K., & Day, A. (1990). Couples referred to a sexual dysfunction clinic: Psychological and physical morbidity. *British Journal of Psychiatry, 156,* 61 - 76.

Conte, H. R. (1983). Development and use of self-report techniques for assessing sexual functioning: A review and critique. *Archives of Sixual Behavior, 12,* 555 - 576.

Corcoran, K., & Fischer, J. (1987). *Measures for clinical practice: A sourcebook.* New York: Free Press.

Cranston-Cuebas, M. A., & Barlow, D. H. (1989). *A comparison of sexual history, alcohol, and nicotine use in sexually functional and dysfunctional males.* Poster presented at the Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy.

Davidson, J. M., Camargo, C. A., Smith, E. R., & Kwan, M. (1983). Maintenance of sexual function in a castraed man treated with ovarian steroids. *Archives of Sexual Behavior, 12,* 263 - 274.

Davis, C. M., Yarber, W. L., & Davis, S. L. (Eds.), (1988). *Sexuality-related measures: A copendium.* Lake Mills, IA: Graphic Publishing.

Derogatis, L. R. (1975). *Derogatis Sexual Functioning Inventory.* Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research.

Derogatis, L. R. (1978). *Derogatis Sexual Functioning Inventory.* (rev. ed.). Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research.

Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual - II* .Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research.

Fisher, W. A. (1988). The Sexual Opinion Survey. In C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (Eds.), *Sexuality-related measures: A compendium* (pp. 34 - 37). Lake Mills, IA: Graphic Publishing.

Fisher, W. A., Byrne, D., White, L. A., & Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of sex Research, 25,* 123 - 151.

Frank, E., Anderson, C., & Kupfer, D. J. (1976). Profiles of couples seeking sex therapy and marital therapy. *American Journal of Psychiatry, 133,* 559 - 562.

Frank, E., Anderson, C., & Rubinstein, D. (1978). Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples. *New England Journal of Medicine, 299,* 111 - 115.

Gagnon, J. H. (1990). The explicit and implicit use of the scripting perspective in sex research. *Annual Review of Sex Research, 1,* 1 - 43.

Gagnon, J. H., Rosen, R. C., & Lei-

blum, S. R. (1982). Cognitive and social aspects of sexual dysfunction: Sexual scripts in sex therapy, *Journal of Sex and Marital Therapy, 8,* 44 - 56.

Gordon, C. M., & Carey, M. P. (in press).. Penile tumescence monitoring during morning naps: A pilot investigation of a cost-effective alternative to full night sleep studies in the aassessment of male erectile disorder. *Behaviour Research and Therapy.*

Hawton, K. (1982). The behavioural treatment of sexual dysfunction. *British Journal of Psychiatry, 140,* 94 - 101.

Hawton, K., Catalan, J., & Fagg, J. (1992). Sex therapy for erectile dysfunction: Characteristics of couples, treatment outcome, and prognostic factors. *Archives of Sexual Behavior, 21,* 161 - 175.

Heiman, J. R., & LoPiccolo, J. (1983). Clinical outcome of sex therapy. *Archives of General Psychiatry, 40,* 443 - 449.

Hudson, W. W., Harrison, D. F., & Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of sex Research, 17,* 157 - 174.

Jensen, B. J., Witcher, D. B., & Upton, L. R. (1987). Readability assessment of questionnaires frequently used in sex and marital therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy, 13,* 137 - 141.

Jevtich, M. J. (1980). Importance of penile arterial pulse sound examination in impotence. *Journal of Urology, 124,* 820 - 824.

Jones, T. M. (1985). Hormonal considerations in the evaluation and treatment of erectile dysfunction. In R. T. Segraves & H. W. Schoenberg (Eds.), *Diagnosis and treatment of erectile disturbances: A guide for the clinician* (pp. 115 - 158). New York: Plenum Press.

Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy.* New York: Brunner / Mazel.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male.* Philadelphia, PA: Saunders.

Laws, D. R. (Ed.). (1989). *Relapse prevention with sex offenders.* New York: Guilford Press.

Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (1991). Couples therapy for erectile disorders: Conceptual and clinical considerations. *Journal of Sex and Marital Therapy, 17,* 147 - 159.

Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (1992). Couples therapy for erectile disorders: Obsrvations, obstacles and outcomes. In R. C. Rosen & S. R. Leiblum (Eds.), *Erectile disorders: Assessment and treatment* (pp. 226 - 254). New York: Guilford Press.

Lewis, R. W. (1991). Results of surgery for veno-occlusive disease. *Journal of Sex and Marital Therapy, 17,* 129 - 135.

Libman, E., Rothernberg, I., Fichten, C. S., & Amsel, R. (1985). The SSES-E: A measure of sexual self-efficacy in erectile functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy, 11*, 233 - 244.

Lipsius, S. H. (1987). Prescribing sensate focus without proscribing intercourse. *Journal of Sex and Marital Therapy, 11*, 185 - 191.

LoPiccolo, J. (1992). Postmodern sex therapy for erectile failure. In R. C. Rosen & S. R. Leiblum (Eds.), *Erectile disorders: Assessment and treatment* (pp. 171 - 197). New York: Guilford Press.

LoPiccolo, J., & Heiman, J. R. (1978). Sexual assessment and history interview. In J. LoPiccolo & L. LoPiccolo (Eds.), *Handbook of sex therapy* (pp. 103 - 112).New York: Plenum Press.

Lue, T. F., Hricak, H., Schmidt, A., & Tanagho, E. A. (1986). Functional evaluation of penile veins by cavernosography and cavernosometry in papaverine induced erections. *Journal of Urology, 135,* 479 - 482.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*, Boston: Little, Brown.

McCarthy, B. W. (1985). Uses and misuses of behavioal homework exercises in sex therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy, 11*, 185 - 191.

McCarthy, B. W. (1988). *Male sexual awareness.* New York: Caroll & Graf.

Meisler, A. W., & Carey, M. P. (1990). A critical reevaluation of nocturnal penile tumscence monitoring in the diagnosis of erectile dysfunction. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178,* 78 - 89.

Meisler, A. W., & Carey, M. P. (1991). Depressed affect and male sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior, 20,* 541 - 554.

Meisler, A. W., & Carey, M. P. (1992). *Mood and sexual arousal: The role of affect and cognitions in erectile dysfunction.* Unpuplished manuscipt, Syracuse University. Syracuse, NY.

Meisler, A. W., Carey, M. P., Krauss, D.J., & Lantinga, L. J. (1988). Success and failure in penile prosthesis surgery: Two cases highlighting the inportance of psychosocial factors. *Journal of Sex and Marital Therapy, 14,* 108 - 119.

Meisler, A. W., Carey, M. P., Lantinga, L. J., & Krauss, D.J., (1989). Erectile dysfunction in diabetes mellitus: A biopsychosocial approach to etiology and assessment. *Annals of Behavioral Medicine, 11,* 18 - 27.

Metts, S., & Cupach, W. R. (1989). The role of communication in human sexuality. In K. McKinney & S. Sprecher (Eds.), *Human sexuality: The societal and interpersonal context* (pp. 139 - 161). Nor-

wood, NJ: Ablex.

Mohr, D., & Beutler, L. (1990). Erectile dysfunction: A review of diagnostic and treatment procedures. *Clinical Psychology Review, 10,* 123 - 150.

Morokoff, P. J., Baum, A., McKinnon, W. R., & Gillilland, R. (1987). Effects of chronic unemployment and acute psychological stress on sexual arousal in men. *Health Psychology, 6,* 545 - 560.

Mosher, D. L. (1991). Macho men, machismo, and sexuality. *Annual Review of Sex Research, 2,* 199 - 247.

Nettelbladt, P., & Uddenberg, N. (1979). Sexual dysfunction and sexual satisfaction in 58 married Swedish men. *Journal of Psychosomatic Medicine, 23,* 141 - 147.

Oaks, W. W., & Moyer, J. H. (1972). Sex and hypertension. *Medical Aspects of Human Sexuality, 61,* 128 - 137.

Papadopoulos, C. (1989). *Sexual aspects of cardiovascular disease.* New York: Praeger.

Pokorny, M. D., Miller, B. A., & Kaplan, H. B. (1979). The brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcohol Screening Test. *American Journal of Psychiatry, 129,* 343 - 345.

Renshaw, D. C. (1988). Profiles of 2376 patients treated at Loyola Sex Clinic between 1972 and 1987. *Sexual and Marital Therapy, 3,* 111 - 117.

Reynolds, B. (1991). Psychological treatment of erectile dysfunction in men without partners. *Journal of Sex and Marital Therapy, 17,* 136 - 146.

Rosen, R. C., & Leiblum, S. R. (Eds.), (1992). *Erectile disorders: Assessment and treatment.* New York: Guilford Press.

Ross, J. L., Cliffor od, R. E., & Eisenman, R. (1987). Communication of sexual preferences in married couples. *Bulletin of the Psychonomic Society, 25,* 58 - 60.

Ruzbarsky, V., & Michal, V. (1977). Morphologic changes in the arterial bed of the penis with aging: Relationship to the pathogenesis of impotence. *Investigative Urology, 15,* 194 - 199.

Sakheim, D., Barlow, D. H., Beck, J. G., & Abrahamson, D. (1984). The effect of an increased awareness of erectile cues on sexual arousal.*Behaviour Research and Therapy, 22,* 151 - 158.

Salmimies, P., Kockott, G., Pirke, K. M., Vogt, H. J., & Schill, W. B. (1982). Effects of testosterone replacement on sexual behavior in hypogonadal men *Archives of Sexual Behavior, 11,* 345 - 353.

Schover, L. R. (1984). *Prime time: Sexual health for men over fifty.* New York: Holt, Rinehart, & Winston.

Schover, L. R. (1989). Sex therapy for the penile prosthesis recipient. *Urololgic Clinics of*

North America, 16, 91 - 98.

Schover, L. R., & Jensen, S. B. (1988). *Sexuality and chronic illness: A comprehensive approach.* New York: Guilford Press.

Segraves, R. T. (1989). Effects of psychotropic drugs on human erection and ejaculation. *Archives of General Psychiatry, 46,* 275 - 284.

Segraves, R. T., Camic, P., & Ivanoff, J. (1985). Spontaneous remission in erectile dysfunction: A partial replication. *Behaviour Research and Therapy, 23,* 203 - 204.

Segraves, R. T., Knopf, J., & Camic, P. (1982). Spontaneous remission in erectile impotence. *Behaviour Research and Therapy, 20,* 89 - 91.

Segraves, R. T., Madsen, R., Carter, C. S., & Davis, J. M. (1985). Erectile dysfunction associated with pharmacological agents. In R. T. Segraves & H. W. Schoenberg (Eds.), *Diagnosis and treatment of erectile disturbances: A guide for clinicians* (pp. 23 - 63). New York: Plenum Press.

Segraves, R. T., schoenberg, H. W., Zarins, C. K, Knopf, J., & Camic, P. (1982). Referral of impotent patients to a sexual dysfunction clinic. *Archives of Sexual Behavior, 11, 521 - 528.*

Segraves, R. T., & Segraves, K. B. (1992). Aging and drug effects on male sexuality. In R. C. Rosen & S. R. Leiblum (Eds.), *Erectile disorders: Assessment and treatment* (pp. 96 - 140). New York: Guilford Press.

Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors, 7,* 363 - 371.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38,* 15 - 28.

Spark, R. F. (1991). *Male sexual health : A couple's guide.* Mount Vernon, NY: Consumer Reports Books.

Spector, I. P., & Carey, M. P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the literature. *Archives of Sexual Behavior, 19,* 389 - 408.

Talmadge, L. D., & Talmadge. W. C. (1990). Sexuality assessment measures for clinical use: A review. *American Journal of Family Therapy, 18,* 80 - 105.

Tannen, D. (1990). *You just don't understand: Women and men in conversation.* New York: William Morrow.

Tiefer, L., & Melman, A. (1987). Adherence to recommendations and improvement over time in men with erectile dysfunction. *Archives of Sexual Behavior, 16,* 301 - 309.

Wagner, F., & Metz, P. (1981). Arteriosclerosis and erectile failure. In G. Wagner & R. Green (Eds.), *Impotence: Physiological, Psychological,*

surgical diagnosis and treatment (pp. 63 - 72). New York: Plenum.

White, J. R., Case, D. A., McWhirter, D., & Mattison, A. M. (1990). Enhanced sexual behavior in exercising men. *Archives of Sexual Behavior, 19,* 193 - 209.

Williams, G., Mulcahy, M. J., Hartnell, G., & Kiely, E. (1988). Diagnosis and treatment of venous leakage: A curable cause of impotence. *British Journal of Urology, 61,* 151 - 155.

Wincze, J. P., Bansal, S., Malhotra, C. M., Balko, A., Susset, J. G., & Malamud, M. A. (1988). A comparison of nocturnal penile tumescence and penile response to erotic stimulation during waking states in comprehensively diagnosed guoups of males experincing erectile difficulties. *Archives of Sexual Behavior, 17,* 333 - 348.

Wincze, J. P., & Carey, M. P. (1991). *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment.* New York: Guilford Press.

Wolchik, S. A., Beggs, V. E., Wincze, J. P., Sakheim, D. K., Barlow, D. H., & Mavissakalian, M. (1980). The effect of emotional arousal on subsequent sexual arousal in men. *Journal of Abnormal Psychology, 89,* 595 - 598.

Zilbergeld, B. (1992). *The new male sexuality: A guide to sexual fulfillment.* New York: Bantam.

الفصل الثانى عشر

الكـــدر الزواجـــى

الفصل الثانى عشر

الكـــدر الزواجـــى

جميس كوردوفا
James V. Cordova
جامعة واشنطون

نيل جاكوبسون
Neil S. Jacobson
جامعة سياتل

ترجمة

دكتورة هدى جعفر حسن
قسم علم النفس جامعة الكويت

عـرضت الطبـعـة الأخـيـرة من هذا الكتـاب تحديثاً للعـلاج السلوكي الزواجي والمواد المتعلقة به . غير أن القليل من مجالات العلاج النفسى هى التى شهدت تغيراً جوهرياً ، كالذى شهدته أساليب علاج العلاقات التفاعلية الزواجية المتكدرة. ولم يحدث هذا التغيير في مستوى أساليب العلاج فحسب بل أيضاً فى مستوى المفاهيم الأساسية لأسلوب دراسة الكدر الزواجي . هذه التغييرات فى الأساليب وفى المفاهيم عميقة بالدرجة التى إستوعبت إطلاق مسمى جديد لهذا المنحى وهو العلاج الزواجى السلوكى المتكامل(١) .

إن أهمية هذا الفصل للمختص الإكلينيكى تتجاوز مجرد وصف الأساليب الجديدة والأكثر حداثة لمعالجة الكدر الزواجى . فهى وصف تفصيلى للإجراءات ولفن تطبيق هذه الإجراءات فى سياق العديد من الأمثلة ، والتى تحتوى على كثير من الحالات المختلفة والمثيرة . وبما أن العلاج الزواجى(٢) يتطلب كثيرا من المواهب الإكلينيكية ، فعلى المعالج المبتدىء على وجه الخصوص أن يتعلم كثيراً من التغييرات المتبادلة والإستراتيجيات المعروضة فى هذا الفصل .

د . هـ . ب .

---

* Couple Distress: تعنى الكدر بين الشريكين . تم إستخدام الزوجين بدل من الشريكين للاختلافات الحضارية بين الثقافة العربية والغربية .

(1) Integrative behavioral couple therapy

(2) Couple therapy

مقدمة

شاهدنا جميعاً كممارسين إكلينيكيين عمق المعاناة التى تحدث بسبب العلاقات المتكدرة . فالتواصل السيء والجدال المدمر عادة مايؤدى بشخصين يحبان بعضهما البعض بشدة إلى أن يسبب كل منهما الألم والمعاناة للآخر أكثر من الحب والمتعة . وبالإضافة إلى الألم النفسى الشديد هناك العديد من الأدلة تشير إلى أن الأفراد الذين لديهم علاقات متكدرة يصبحون أكثر حساسية للتعرض لكثير من الإضطرابات النفسية والجسمية . أن المحاولات الأولية لمساعدة الأزواج الذين لديهم مشاكل أدت إلى تطور ونمو العلاج الزواجى السلوكى(١) ، والذى أثبت بشكل مستمر أنه أحد أكثر الطرق المتوفرة فعالية (Baucom & Hoffman, 1986; Gurman, Kniskern, & Pinsof,1986; Jacobson,1978; Jacobson,1984) . وبغض النظر عن البرهان على فعاليته ، فإن العلاج الزواجى السلوكى لازال يتطور . وفى ضوء هذا التطور المستمر ، نعرض فى هذا الفصل الصيغة الجديدة للعلاج الزواجى السلوكى والتى تم تطويرها حديثاً بواسطة جاكوبسون وكريستينسن (Christensen, Jacobson, & Babcock) (تحت الطبع) .

تقوم هذه الصيغة الجديدة على دمج وتكامل الإستراتيجيات الجديدة لتطوير التقبل العاطفى(٢) مع الإستراتيجيات التقليدية لتطوير التغيير(٣) . ونحن نشير إلى هذا المفهوم المعدل بإسم العلاج الزواجى السلوكى المتكامل(٤) . ويستخدم مصطلح التكامل ليشير إلى المزيج من التوجه التقليدى الذى يشجع على التغيير والتوجه الحديث الذى يشجع على التقبل. إن مفهوم العلاج الزواجى يمتد ليشمل بالإضافة إلى الزوجين الأقران من نفس الجنس سواء ذكوراً أو إناثاً أو أى شخصين يعيشان معاً بصفة مستمرة حتى لو لم يكونا متزوجين من بعضهما البعض .

إن نشأة العلاج الزواجى السلوكى المتكامل من المصطلح السابق وهو العلاج الزواجى السلوكى نتج من الأبحاث والتجارب الإكلينيكية مع الأزواج الذين لم يكن العلاج الزواجى السلوكى فعالاً معهم . على الرغم من أن الأبحاث أظهرت أن العلاج الزواجى السلوكى أدى إلى تحسن نوعية العلاقات لحوالى ثلثى الأزواج

---

(1) Behavioral couple therapy, BCT

(2)Promoting emotional acceptance

(3) Promoting change

(4) Integrative behavioral couple therapy, IBCT

الذين خــضــعـــوا للعـــلاج (Jacobson, Schmaling, & Holtzworth-Munroe,1987) ولكننا نظل مهتمين بالأزواج الذين لم يتحسنوا . ومثل هؤلاء الأزواج يعتبرون «حالات صعبة» أو «مشكلة» أو يطلق عليهم ببساطة حالات الفشل فى العلاج . إن إستمرار رؤية ومصادفة مثل هؤلاء الأزواج أدت إلى الإستنتاج أن تركيز العلاج الزواجى السلوكى على التغيير وحده ليس هو أفضل الإستراتيجيات فى جميع الحالات . أن أكثر المؤشرات إتساقاً للإستجابة للعلاج أظهرت أن :

(١) الأزواج الأكثر كدراً هم الأقل إحتمالاً للإستفادة من العلاج من الأزواج الأقل كدراً (Baucom & Hoffman,1986) .

(٢) الأكثر إحتمالاً الأن أن الأزواج الأصغر سناً أقل إستفادة من الأزواج الأكبر سناً (Baucom & Hoffman,1986) .

(٣) كلما كان الأزواج أقل إرتباطاً عاطفياً كلما كانوا أصعب فى العلاج (Hahlweg, Schindler, Revenstorf, & Brengelmann,1984) .

(٤) الأزواج الأقل إنسجاماً أو الأكثر إختلافاً فى الأمور الأساسية هم الأصعب فى العلاج (jacobson, Follette, & Pagel,1986) .

لقد أصبح من الواضح أن كل عامل من هذه العوامل يرتبط بطريقة أو بأخرى بقدرة الأزواج على تكييف وقبول الحلول الوسطى . والأزواج الأكثر كدراً، والأزواج الأكبر سناً ، والذين إنشغلوا لسنوات بنمطهم غير مستقر ، والأزواج غير المرتبطين عاطفياً معاً والأزواج غير المنسجمين هم الأزواج الذين يجدون صعوبة أكبر فى التعاون والإلتقاء فى منتصف الطريق . إن إستراتيجيات التغيير فى العلاج الزواجى السلوكى تعتمد كثيراً على قدرة الأزواج على التعاون. والطرق التقليدية ليست فعالة مع الأزواج الذين يصعب عليهم التعاون والتفاهم . وبالنسبة لهؤلاء الأزواج فإن العديد من النماذج السلوكية التى طلبنا منهم تغييرها كانت ببساطة -لأسباب عملية - وعلى هذا غير قابلة للتغيير فإذا كانت أهدافنا هى محاولة تقوية العلاقة بينهما فيجب أن نساعدهم على قبول هذه الإختلافات والتخلى عن النضال لتغييرها .

يظهر فى كثير من الأحيان ، أن جهودنا لتغيير هؤلاء الأزواج تجعل الأمور أسوأ ، حيث أن كل شريك يصر أكثر على موقفه . وقد وجدنا أنه يفضل مع بعض الأزواج إستخدام مشاكلهم كوسيلة للمودة والألفة بدل من محاولة مساعدتهم على

التخلص منها . وقد نشأ العلاج الزواجى السلوكى المتكامل من هذا التغير فى التوجه ، وخلال بقية هذا الفصل سنناقش نتائج دمج إستراتيجيات التقبل والتغيير . وسنبدأ بمناقشة المنطق النظرى المؤيد لهذا التغير فى التوجه ، نتبعه بمناقشة تفصيلية لسير العلاج بدأ من التقييم إلى الإستراتيجيات التى تستهدف تطوير وتنمية كل من التقبل والتغيير .

الجذور السلوكية :

فى مناقشة النظرية التى كانت وراء نشوء العلاج الزواجى السلوكى المتكامل من العلاج الزواجى السلوكى ، نحاول أن نجيب عن سؤالين مهمين :

(١) ماذا يعنى القول أن أسلوباً ما لعلاج الأزواج هو سلوكى؟

(٢) ما الفرق النظرى بين الأسلوب الحالى والصيغ التى عرضناه فى السابق ؟

أولاً ، يجب أن نشير إلى أن هناك عدة أساليب مختلفة للسلوكية ، ليس كلها منسجمة تماماً . على الرغم من أننا لن نبحث تفاصيل هذه الإختلافات ، إلا أننا نريد أن نؤكد أننا نبنى أسلوبنا على تعريف محدد للأسلوب السلوكى ، والذى يجب ألا يختلط مع المفهوم الشائع للمصطلح . على المستوى النظرى ، فإن العلاج الزواجى السلوكى المتكامل يظهر العودة إلى الفلسفة الأساسية للأسلوب السلوكى الحديث ، وهذا يعنى أن أسلوبنا يقوم على السياق . نحن نعتقد أن سلوك كل فرد – وبالتالى كل زوجين – يتشكل بإستمرار بالأحداث البيئية الخاصة. لذلك نحن نعتقد أن سلوك الأفراد يمكن أن يفهم فقط من خلال السياق الشخصى المميز لهم . وبمعنى آخر ، إنه بالنسبة لأى زوجين ، يتعين أن يتعلم كل طرف كيف يسلك أو يتصرف فى علاقة ودية خلال تجارب الحياة المختلفة ، إضافة إلى تجاربهم المستمرة فى علاقتهم الحالية . كيفية تصرف كل طرف فى العلاقة يمكن أن يفهم فقط بأخذ كل هذه التجارب الخاصة فى الإعتبار . إن الفهم الدقيق ضرورى لكى يكون العلاج فعال .

إن المفهوم السلوكى الذى نتبناه لعلاج الأزواج يلتزم بالإفتراض أن التغيير يظهر فقط فى اللحظة الحالية ، لذلك يركز العلاج على تغيير التوافقات الحالية ومحتواها ، والتى تسبب المشاكل فى العلاقة القائمة حالياً . على الرغم من أن بحث ماضى الفرد أو الزوجين يحدث عادة من خلال العلاج الزواجى السلوكى

المتكامل ، إلا أن إستخدامه يقتصر على تغيير المحتوى ، الذى يدعم الخلل الحالى فى وظيفة التفاعل بين الطرفين . إن الإلتزام بالتركيز على المحتوى الحالى يعتمد بالكامل على الواقع ، كما أن التركيز المبدأى يكون على الأمور التى تساعد على تنمية التغيير ، وأن التغيير يظهر فقط فى الوقت الحالى .

أصبح من الواضح أن تميز التوافقات التى تحدث طبيعياً لها أهمية متساوية عند تطبيق العلاج الزواجى السلوكى : هذا التمييز ممكن فقط ، عن طريق التحليل الوظيفى على المستوى الفردى . ويدافع السلوكيون منذ فترة طويلة عن المدخل أو المفهوم الفردى لدراسة السلوك الإنسانى . ونحن كمعالجين نفسيين نتعامل مع متاعب ومشاكل الأزواج ، وجدنا أن المفهوم الفردى أكثر فعالية فى العلاج ، وعلى النقيض من ذلك فإن مبادىء العلاج الزواجى السلوكى تطورت أصلاً من الأزواج المتكدرين مقابل الأزواج غير المتكدرين وان السلوك الذى يميز مجموعات الازواج المتكدرين وغير المتكدرين ، قد أصبح هدف التدخل العلاجى. ولكن مايجعل المفهوم السلوكى فعالاً فى العلاج الزواجى ، هو أن التحليل الفردى يسمح للمعالج أن يأخذ فى إعتباره الخبرات التاريخية المميزة لكل طرف فى العلاقة الزوجية . إن أهمية ذلك تصبح واضحة ، عندما يدرك المعالج أن ماقد يكون تدخلاً فعالاً لزوجين قد لايكون بالضرورة فعالاً لزوجين آخرين لهم تاريخ مختلف . إن العلاج الزواجى السلوكى المتكامل أكثر مرونة من العلاج الزواجى السلوكى فى تحديد الأسلوب المناسب فى المعالجة لكل زوجين . ويكيف العلاج أساسا لكى يحقق الحاجات والقدرات المميزة والفريدة لكل زوجين ، كما يحددها تاريخهما الخاص .

فيما يخص تكييف الأسلوب العلاجى لحاجات وقدرات الزوجين ، فإن التحليل الوظيفى لتفاعل الزوجين أمر ضرورى . إن التركيز على وظيفة السلوك يفيد أكثر من الوصف الطوبجرافى(١) ، وهو الأساس لمفهومنا السلوكى لعلاج الأزواج ؛ لأن السلوكيات التى تظهر متشابهة فى الوصف بين الأزواج قد تكون لها وظائف مختلفة للأزواج المختلفين . على سبيل المثال ، إن ترك المنزل يمكن أن يوصف على أنه مؤشر على تباعد السلوك ، وهذا صحيح بالنسبة لبعض الأزواج ، بينما بالنسبة لأزواج آخرين فإن ترك المنزل قد يؤدى إلى الإستمرارية ، وبالتالى قد يفيد كمفهوم أو (أسلوب) سلوكى . إن ترك المنزل قد يؤدى إلى

(1) topography

المواصلة أو إلى الصلح لبعض الأزواج ، بينما قد يخلق ببساطة للبعض الآخر فرصة لتهدئة الوضع . ودون إستخدام تحليل الوظائف الفردية ، فإن المعالج لايستطيع أن يقوم بهذا التمييز ، مما يؤدى إلى فقدان كثير من المعلومات المفيدة.

علاوة على ذلك ، فإن الإهتمام بوظيفة السلوك يسمح للمعالج بالإستفادة ، مما يمكن تسميته تصنيفات التشابه الوظيفى ، وهى تعنى مجموعات من السلوكيات التى يمكن أن تكون مختلفة الوصف ولكن كلها تؤدى الوظيفة نفسها . ويعطى جاكوبسون (١٩٩٢) مثالاً على زوج منهمك فى عدة سلوكيات مختلفة الوصف ، كلها تساعد على خلق مسافة بينه وبين زوجته (مثل التجاهل ، والإبتعاد ، والبقاء مشغولاً) . وبعد أن طور المعالج الحوار بين الزوج وزوجته ؛ حيث شجع الزوج على الحديث عن الصعوبات ، التى تمنعه من البقاء قريباً من زوجته ، بدأ الزوج بعدها فى الإبتعاد أقل عن زوجته فى الظروف الطبيعية ؛ لأن الحديث عن البقاء قريباً من الزوجة هو مشابه فى التصنيف الوظيفى للسلوكيات ، التى يتجنبها الزوج فى المنزل ، وبالتالى فإن تقليل النفور من الحديث عن البقاء قريباً من الزوجة يؤثر على كل التصنيفات المتشابهة .

النظرية التى تكمن خلف العلاج الزواجى السلوكى المتكامل تختلف عن تلك التى عرضت فى الصياغة السابقة ، أولاً من حيث تركيزها على عدة إمتيازات هامة مقترحة من السلوكين المتطرفين . وهذه تشمل التمييز بين التدعيم العشوائى(١) ، والتدعيم الطبيعى(٢) ، والسلوك الطارىء التشكيل(٣) ، والسلوك المحكوم(٤) ، والأحداث العامة والأحداث الخاصة ، وسنناقش كل ميزة من هذه الميزات بالترتيب .

إن جميع مبادىء السلوكية يمكن أن تشتق من فرضية أساسية ، وهى أن السلوك يتشكل ويستمر بناء على عواقبه ونتائجه ، وعلى المحددات الوراثية والإستعدادات . ولسوء الحظ .. فإن هذه المسلمة يساء فهمها غالباً ؛ حيث يعتقد أن جميع أنواع السلوك تستجيب لنوعيات التدعيم التى يستخدمها السلوكيون ، ولكن يجب أن نفرق بين التدعيم العشوائى والتدعيم الطبيعى (Ferster,1967) .

(1) Arbirary reinforcement
(2) Natural reinforcement
(3) Contingency-Shaped behavior
(4) Rule governed behaviorb

ويعرف التدعيم العشوائي بأنه الإستفادة من الأحداث التدعيمية غير المتاحة فى البيئة الطبيعية للكائن ، أو التى لاتنشأ طبيعياً من التفاعل بين الفرد والبيئة . فى العلاج الزواجي السلوكى التقليدى ، فإن توجيه الزوجين لتغيير أدوارهم فى الحوار هو مثال جيد على إستخدام التدعيم العشوائى ؛ لأن الحوار فى حد ذاته ليس حدثاً ضرورياً لإظهار الرغبة فى الجماع . من جانب آخر يعرف التدعيم الطبيعى بأنه الإستفادة من الأحداث التدعيمية المتاحة طبيعياً فى بيئة الكائن الحى، والتى تنشأ طبيعياً من التفاعل بين الكائن الحى والبيئة . وقد بينت الدراسات أن الأطفال الذين تدفع لهم مبالغ نقدية لكى يلعبوا لعبة المتاهات ، لن يلعبونها فى أوقات فراغهم ، بينما الأطفال الذين يسمح لهم بلعب لعبة المتاهات ، ومن ثم التعرض للتدعيم الطبيعى الموجود فى هذه المهام .. فإنهم يستمرون فى اللعب فى أوقات فراغهم . ولذلك فإن التمييز بين التدعيم العشوائى والطبيعى مهم ليس لأن المدعمات العشوائية لاتفيد كمدعمات (أنها تزيد من معدل تكرار السلوك) ، ولكن لأن السلوك الذى يدعم عشوائياً أقل إحتمالاً لأن يعمم خارج المختبر بعد إنتهاء التجربة ، والأهم من ذلك أنه أقل إحتمالاً لأن يبقى ويستمر بعد إنتهاء العلاج .

إن القصور فى العلاج الزواجي السلوكى يكمن فى إستخدامه للمدعمات العشوائية ، بينما يشجع العلاج الزواجى السلوكى المتكامل المعالجين على الإنتباه بشدة للتمييز بين المدعمات وإستخدام المدعمات الطبيعية كلما أمكن ذلك . وإذا كان هدف العلاج هو زيادة رضا الزوجين عن العلاقة بينهما من خلال زيادة تكرار فرص الحوار الشيق والحميم بينهما ، فهذه المدعمات الطبيعية الحدوث يجب أن تكون بؤرة أى تدخل علاجى فعال .

يستخدم السلوكيون مثل هذا التمييز وذلك بين السلوك الطارىء التشكيل والسلوك المحكوم . ويعرف السلوك المحكوم بمفهوم واسع ؛ ليعنى السلوك الذى يتحدد بواسطة التوافقات اللفظية ، بينما يشير السلوك الطارىء التشكيل إلى السلوك الذى يتحدد بتوافقات لفظية غير محددة . ولأننا كائنات حية ناطقة ، فإن أغلب التوافقات(١) التى نتواصل بها هى توافقات لفظية . إن أحد تأثيرات التوافقات اللفظية ، هى أنها تسمح بتشكيل السلوك الفعال دون الحاجة للإحتكاك مع النتائج المباشرة للتورط مع أكثر من شريك واحد . وعلى الرغم من أنه فى مناسبات عديدة يختلف هذا عن التوافقات التى تحدث طبيعياً والتى تعمل لصالحنا ، إلا أن لها أيضاً جانباً سلبياً . ففى معظم الحالات ، يمنع الفشل فى إستخدام التوافقات

---

(1) Contingencies

المباشرة تشكيل السلوك الفعال والمستمر . إن أدبيات تحليل السلوك تفترض بأن السلوك الذى يخضع للتعليمات يمكن أن يعمم ويستمر فقط إلى المدى الذى يصبح به فى اخر الأمر محكوماً بالتوافقات الطبيعية غير اللفظية (Skinner,1974; Hayes,1989) . على سبيل المثال ، يمكن فى العلاج أن يدرب الزوجين على إعادة صياغة مايقوله الشريك الآخر أثناء المحادثة ، إذا استخدم أحد الزوجين إعادة الصياغة فقط ؛ لأن المعالج طلب منه ذلك (قاعدة لفظية) ، إلا أنه لايحتمل أن يستخدم إعادة الصياغة عندما لايكون المعالج متواجداً . ولكن إذا أمكن مساعدة الزوجين على تعرف مزايا إعادة الصياغة (مثل تجنب سوء الفهم المدمر والشعور بأن الشخص مفهوم تماماً من الآخرين) ، فالأكثر إحتمالاً أن يستمرا فى إعادة الصياغة بغض النظر عن تواجد المعالج أم لا . إن مايتضمنه العلاج الزواجى هو أن مهارات الإتصال التى تتشكل بواسطة التدريب المنظم على العلاج الزواجى السلوكى التقليدى قد لايمكن التحكم فيها عن طريق التوافقات الطبيعية الحدوث ؛ لذلك لايمكن تعميمها خارج العلاج ، كما أنها سريعة التأثر بالإنطفاء عندما ينتهى العلاج . إن تكوين مودة حقيقية بين الزوجين قد يكون صعبا جداً بإستخدام هذه المهام ؛ بسبب الإفتقار للإتصال المباشر مع التوافقات الطبيعية الحدوث ولكن العلاج الزواجى السلوكى المتكامل يسعى إلى تنمية وتطوير الإتصال المباشر مع التوافقات الطبيعية (غير اللفظية) بهدف زيادة إحتمال تعميم التقدم الذى تم إحرازه فى العلاج إلى خارج العلاج ، وإلى إستمراره حتى بعد نهاية العلاج . إن عديداً من إستراتيجيات التقبل التى ستوصف لاحقاً تسهل التعرض للتوافقات الطبيعية الحدوث بشكل أكبر من إستراتيجيات التغيير التقليدية .

إن أهم وآخر مبادىء السلوكيين المتضمنة لكيفية إستخدام العلاج الزواجى السلوكى المتكامل ، هى التمييز بين السلوك الشخصى والسلوك العام والتأثير المختلف للتوافقات اللفظية على كل منهما ، ومن المهم للغاية التمييز بين السلوك العام والسلوك الشخصى بسبب التأثيرات المختلفة للسلوك اللفظى على كل منهما . على سبيل المثال ، يمكننا أن نطلب من شخص ما التوقف عن أكل الموز، وعندما يحاول الشخص أن يفعل مانقوله له فإنه سيتوقف . ولكن لانستطيع أن نقول لشخص ما أن يتوقف عن التفكير فى الموز، ونتوقع حدوث النتائج نفسها ، لأن :

(١) المنبهات اللفظية تحدد المنبهات التى يجب تجنبها وبالتالى (المساعدة على خلق أحداث خاصة جداً يحاول الفرد تجنبها) (Hayes,1987; p341) .

(٢) أن الجماعة والبيئة لاتشكل سيطرة على السلوك الشخصى بالتأثير نفسه الذى تشكله على السلوك العام . إن المعالج الزواجى يمكن أن يعقد إتفاقاً لفظياً مع الفرد ؛ لكى يساعد أكثر فى أعمال المنزل أو لكى يتوقف عن النقد اللفظى ، ويتوقع أن يكون لهذا الاتفاق تأثير مرغوب فى أغلب الأحيان . ولكن المعالج لايستطيع أن يعقد مثل هذا الإتفاق مع الفرد ، ويطلب منه أن يشعر بالقرب أكثر من شريكه أو أن يشعر أكثر بالحب أو يشعر أقل بالغضب . ونستطيع أن نقول أو نبرهن ، إعتماداً على مبادىء السلوكيين ، أن التعليمات اللفظية المباشرة لها تأثيرات مختلفة على السلوك الشخصى والسلوك العام بسبب العمليات التى من خلالها يتعلم الفرد كيف يستجيب للمنبهات اللفظية .

يولد الأفراد ولديهم قدرة فطرية أو وراثية على تعلم السلوك اللفظى ، ولكن ذلك يحدث فقط من خلال الإتصال مع ثقافة لفظية تمكن الطفل ، الذى لايستطيع الكلام من أن يتعلم الكلام . وقد لاحظ سكنر Sdinner (1974) أن التدريب اللفظى أكثر فعالية عندما تستطيع الثقافة الأولية أن تراعى التواصل مع التوافقات المناسبة ، وتستطيع تبعاً لذلك أن تتحكم فى أى أخطاء وتصححها ؛ لذلك فإنه من السهل تعليم الإستجابات اللفظية المناسبة للمنبهات العامة أكثر من المنبهات الخاصة «الشخصية» . على سبيل المثال ، إن تعلم الطفل الإستجابة الملائمة للمنبه اللفظى (قف) يتطلب من المعلم أن يقوم بإتصال مباشر مع الشىء الذى يريد من الطفل أن يتوقف عنه . يمكن أن يدرب الطفل على التوقف عن رمى الطعام ، والتوقف عن الركض وبيده مقص ، والتوقف عن ضرب أخيه الصغير ؛ لأن كل هذه السلوكيات موجودة بشكل عام ، ويمكن التحكم بها بشكل جيد . ولكن ليس من السهل تعليم الطفل التوقف عن الشعور بالغضب أو الحزن أو التوقف عن التفكير بالأشباح الموجودة فى الخزانة ؛ لأن هذه السلوكيات غير موجودة بشكل عام وغير متاحة للمديح أو للتعديل .

عند تعليم الطفل كيف يستجيب للمنبهات الشخصية ، فإن الثقافة اللفظية تعتمد على المفاهيم العامة المصاحبة . فعند ملاحظة الطفل يبكى ، يجب أن يدرب ليقول إنه حزين . عندما يجرح الطفل فإنه يجب أن يدرب ليقول إن هذا مؤلم . أن الفرد يمكن أن يدرب ليصف أو يتحكم بالمنبهات الشخصية ؛ لأنها ترتبط مع الأحداث العامة . ولسوء الحظ فإن هذا التدريب لايمكن أن يكون دقيق

جداً ؛ لأن السلوك موضع السؤال هو سلوك شخصى لذا فهو غير متاح للمدرب .

وهذا لايعنى أن المعالج لايستطيع التأثير على السلوك الشخصى للفرد ، ولكنه يفعل ذلك بطرق مختلفة عن الطرق التى يستخدمها فى التأثير على السلوك العام . يستطيع المعالج الإستفادة من التصرف اللفظى المحكم الذى يطغى على السلوك العام ، غير أنه يجب أن ينشغل بسلوكيات مختلفة من أجل التأثير على التجربة الشخصية للفرد . وتركيز العلاج الزواجى السلوكى التقليدى ، على التغير الملاحظ مباشرة إما أنه يغفل ما إذا كان التأثير يظهر سراً ، أو أنه يأمل ببساطة أن يتبع التأثير طوعاً التغيرات فى السلوك الملاحظ مباشرة . على النقيض من ذلك ، فإن العلاج الزواجى السلوكى المتكامل طور مجموعة كبيرة من التدخلات صممت خصيصاً لكى يكون لها تأثير على الأحداث الشخصية . إن التمييز الذى قمنا به بين التغيير والتقبل هو مبدئياً التمييز بين تأثير السلوك اللفظى فى السلوك الشخصى مقابل السلوك العام . وقد صممت التدخلات لتنمية «التقبل» ، فى أغلب الأحيان لكى يكون لها تأثير على خبرة الفرد الشخصية. ومن جانب آخر صممت التدخلات التى تنمى التغيير لكى يكون لها تأثير على السلوك العام الملاحظ .

إن التأثير على السلوك الشخصى فائق الأهمية ؛ خاصة عندما يكون التأثير على السلوك العام غير متوقع . وكما ذكر سابقاً ، فإن عديداً من النماذج السلوكية التى نطلب من الأزواج تغييرها فى العلاج الزواجى السلوكى هى ببساطة غير قابلة للتغيير لأسباب علمية . إن الإستراتيجيات المصممة لتؤثر على الخبرة الشخصية للفرد فى سياق الأحداث العامة غير القابلة للتغيير أثبتت أنها فعالة جداً، فيما يتعلق بتعزيز الرضا عند الأزواج .

علاوة على ذلك ، إن محاولة التعامل مع الخبرات الشخصية الخاصة على أنها قابلة مباشرة للتعديل إلى أساليب للتأثير على السلوك العام عادة مايضاعف المشكلة . وكما ذكر سابقاً ، فى عديد من التطبيقات ، فإن المثير اللفظى يحدد المثير المراد تجنبه ، وبالتالى يساعد على خلق حدث خاص جداً يحاول الفرد تجنبه (Hayes,1987, p341). وفى تطبيقات أخرى ، فإن الفشل فى الإتصال اللفظى المباشر ، والذى يتطلب أن يكون له تأثير على السلوك الشخصى يؤدى إلى الشعور بالفشل من جانب أحد الشريكين وإستياء من جانب الشريك الآخر . لقد حاول الأزواج المتكدرون عادة إستخدام مثل هذه التدخلات بأنفسهم لسنوات

عديدة ، قبل اللجوء إلى العلاج ، ولكنها لم تؤد إلى شيء سوى الإحباط الشديد والإستياء . إن أساليب التقبل التى تهدف مساعدة الأزواج على التخلى عن المعاناة والصراع عادة تحسن النتائج السلبية لمحاولة السيطرة على السلوك الشخصى مباشرة من خلال المطالب اللفظية .

أخيراً ، فإن الأحداث الشخصية عادة ما يكون لها تأثير عميق على أنواع المثيرات التى تعمل كمدعمات . إن مايدعم شخص ما عندما يشعر بالحب والقرب يختلف تماماً عما يدعمه عندما يشعر بالغضب والإستياء . فعندما يكون الشخص غاضباً ، فإن السلوك الذى يسبب الضرر لشريكه الآخر هو الذى يدعم ، وليس إظهار الحب والتعاطف . وهذا هو السبب فى أن الشريكين يجدون صعوبة كبيرة ليكونا لطيفين تجاه بعضهما البعض عندما يكونان غاضبين ، حتى لو طلب منهما المعالج أن يكونا كذلك . وإذا كان المعالج يستطيع التأثير على الخبرة الشخصية للغضب بجعل الفرد أكثر إحتمالاً للشعور بالتعاطف ، فإن جميع المدعمات ستتغير . وهذا مهم على وجه الخصوص عندما يعتمد المعالج على تعاون الشريكين لنجاح التدخل .

ولختام هذا الجزء ، فإنه من المهم القول أن مناقشة المبادىء السلوكية لا تبرر بأى حال الفلسفة ككل ، ولكنها تبرز ببساطة الجوانب الأكثر إتصالاً بالعلاج الزواجى السلوكى المتكامل . وبقول ذلك ، فإننا ننتقل من مناقشتنا للنظرية إلى شرح العلاج ، بدأ بالتقييم ثم الإستراتيجيات المختلفة للتقبل والتغيير .

التقييم :

إن المرحلة الأولى من العلاج الزواجى السلوكى المتكامل (IBCT) هى مرحلة التقييم . هذه المرحلة صممت مبدئياً لتوفر نظرة شاملة على شكاوى الزوجين من أجل تحديد مدى مناسبة العلاج الزواجى السلوكى المتكامل كأسلوب للعلاج ، وإذا كان الأمر كذلك فإن التركيز المناسب يكون على التغيير مقابل التقبل . إن ضرورة التركيز هنا على الفردية[1] أمر بديهى ليس فقط لأن كل زوجين لهما مشاكلهما الخاصة المتشابكة ، ولكن هذه المشاكل نفسها مختلفة بين كل زوجين ، بناء على مدى قابليتها للتغيير أو للتقبل.

تغطى مرحلة التقييم الجلستين أو الثلاث الأولى ، وفى هذه الجلسات يتم تقييم المجالات الستة التالية :

(1) Idiographic

١) ما مدى الكدر بين هذين الزوجين ؟

٢) ما مدى التزام الزوجين بالعلاقة بينهما ؟

٣) ما الموضوعات محل الخلاف بينهما ؟

٤) كيف تُظهر هذه الموضوعات نفسها خلال العلاقة بينهما ؟

٥) ماعوامل القوة التى تربط الزوجين معاً ؟

٦) ماذا يستطيع العلاج أن يقدمه لمساعدة الزوجين ؟

توجه هذه الأسئلة خلال المقابلة الأولية المشتركة ، وكذلك خلال المقابلات الفردية التالية . إن المقابلة المشتركة توفر للمعالج الفرصة لكى يرى كيف تسير الأمور بين الزوجين ، وأيضاً إلى مدى صراحة الزوجين فى مناقشة مشاكلهم مع المعالج . إضافة إلى ذلك ، تسمح المقابلات الفردية للمقابل بتقييم المشاكل ، التى لايستطيع أى طرف أن يناقشها بصراحة أمام الطرف الآخر .

ما مدي الكدر بين هذين الزوجين ؟

أول مجال يجب تقييمه هو مستوى الكدر بين الزوجين ، وهو ما يحدد بداية وجهة العلاج ، كما أنه يوضح هل سيكون التركيز فى البداية على التغيير أم التقبل . ويشير الكدر الأقل إلى أن الزوجين قد يكونان الأكثر قابلية لتغيير الإستراتيجيات منذ بداية العلاج ، فى حين أن الزوجين الأكثر كدراً هم أكثر إحتمالاً لإستخلاص فوائد كبيرة من التركيز الأولى على التقبل . بعض الأزواج الأكثر كدراً يحتاجون إلى تدخل فورى (مثلاً : إساءة معاملة الشريك الآخر ، وإساءة معاملة الطفل ، ومحاولات الإنتحار ، والأمراض الذهانية) . يقييم الاخصائى الإكلينيكى مستوى الكدر خلال المقابلة الأولية المشتركة من خلال الأسئلة المباشرة عن السبب الذى دعا الزوجين لطلب العلاج . ويعطى كل شريك الفرصة للإجابة عن هذه الأسئلة دون مقاطعة من الشريك الآخر ، ويسمح هذا للمعالج بمراقبة الأسلوب والطريقة التى يعرض فيها كل شريك وجهة نظره فى الموضوع . عموماً ، كلما كان التعبير عن الغضب، والإستياء ، واللوم ، واليأس أكثر ، كان إحتمال الكدر عند الزوجين أكثر . مستوى الكدر يمكن تقييمه كذلك بإستخدام الإستبيانات ، مثل : مقياس التوافق الزواجى(١) (DAS; Spanier,1976)،

(1) Dyadic Adjustment Scale

أو قائمة الرضا الزواجى[1] (Snyder,1979) . وقد أثبتت مثل هذه المقاييس أنها أكثر قيمة إذا طبقت قبل اللقاء الأول مع الزوجين. ويكون عند المعالج بعد ذلك وقت لفحص الإستبيانات وإعداد إجابات تمهيدية لأسئلة التقييم ، وبغض النظر عن مستوى الكدر ، يتم تقييم جميع الأزواج لمعرفة مدى ظهور العنف بينهم . ويجرى هذا خلال المقابلات الفردية حيث يشعر كل شريك بالراحة أكثر لمناقشة هذه الموضوعات .

يمكن تقييم العنف بين الأزواج من خلال إستخدام الإستبيانات مثل مقياس أساليب الصراع [2] (Straus,1979) . إن العلاج الزواجى السلوكى المتكامل عادة ليس أنسب علاج للأزواج الذين لهم تاريخ طويل من العنف العائلى أو للأزواج الذى يكون العنف بينهم شديداً جداً . ونحن نوصى فى مثل هذه الحالات ببعض أساليب العلاج البديلة لإيقاف العنف قبل البدء بالعلاج الزواجى . إذا كان العنف متوسط نسبياً ، ولأسباب حديثة ، وإذا كان مستوى الخوف عند الزوجة منخفضاً ، فإن العلاج الزواجى السلوكى المتكامل يمكن أن يتعقب أى طارىء لكى يتأكد من عدم وجود حوادث عنف بعد ذلك . وهذه الظروف معلنة فى شروط غير محددة ، وعادة تستخدم الإتفاقيات المكتوبة والشفوية لذلك . ويجب أن تناقش الأمور المتعلقة بالأمان خلال المقابلة الشخصية . وإذا كان هناك مايثير القلق ، فيجب إتخاذ الخطوات المناسبة فوراً .

ما مدي التزام الزوجين بالعلاقة بينهما ؟

إن السؤال عن الإلتزام بالعلاقة له أهمية فى توقع المعالج للجهد الذى يمكن أن يبذله كلا الزوجين خلال العلاج وبين الجلسات ، إضافة إلى ذلك أن مستوى الإلتزام بالعلاقة له تأثير عميق على ما إذا كان المعالج سيبدأ علاج الزوجين بالتركيز على التغيير أو التقبل . والشريك الذى لم يعد ملتزم بالمحافظة على العلاقة، يفتقد ببساطة إلى الدافعية اللازمة للإستفادة الأولية من إستراتيجيات التغيير . وبما أن الشعور بالإلتزام بالعلاقة هو حدث شخصى ، فإن التركيز على التقبل العاطفى يظهر على أنه أسلوب أكثر فعالية من التركيز على التغيير . الإفتقار إلى الإلتزام بالعلاقة ربما يشير إلى أن الأمور أصبحت من السوء ، لدرجة أن أى تدخل ليظل الزوجين مرتبطين مع بعضهما البعض أمر صعب ، لذلك فبدأ

(1) Marital Satisfaction Inventory
(2) Conflict Tactice Scale

العلاج بالتركيز على إستراتيجيات التقبل العاطفى أكثر إحتمالاً لأن يكون لها تأثير إيجابى على الإلتزام أكثر من التركيز على إستراتيجيات التغيير .

إن مستوى الإلتزام بالعلاقة يُقَيِّم منفصلاً عن مستوى الكدر ، لأنه فى بعض الأحيان حتى عندما يكون الزوجين متكدرين بشدة قد يكونان ملتزمين بعلاقتهما معاً . إن مقياس التوافق الزواجى (Spanier,1976) يتضمن سؤالاً يقيس رغبة كل شريك فى نجاح العلاقة بينهما . وتتراوح الإجابات من الشعور بأن العلاقة لايمكن أن تنجح ولايمكن إنقاذها إلى الرغبة الشديدة فى نجاح العلاقة بأى ثمن . وتقيس قائمة الحالة الزوجية(١) (Weiss & Cerreto, 1980) الخطوات المتعددة التى يأخذها الزوجين للإتجاه نحو الطلاق ، وهى مؤشر جيد على مدى إلتزام الزوجين بالعلاقة . ولكن أفضل المؤشرات على مدى التزام كل طرف بالعلاقة تأتى من خلال المقابلات الفردية . ويشعر الأزواج بالراحة أكثر عند الحديث مع المعالج ، دون وجود الشريك الآخر ، عن شعورهم باليأس ، أو شكهم الطويل المخفى فى إمكانية نمو العلاقة بينهما . وتوفر المقابلات الفردية أيضاً صيغة للكشف عن موضوعات مثل العلاقات الغرامية الخاصة الماضية . أو الحالية ، التى يمكن أن تتعارض مع مستوى التزام الفرد بعلاقته الزوجية .

وهناك أمر آخر يتصل بكل من الكدر والالتزام ، وهو الميل للتعاون (Jacobson & Margolin,1979) . ويشير إلى رغبة الزوجين فى التعاون مع بعضهم البعض فى محاولة لتحسين العلاقة بينهما . وكما هو الحال مع الالتزام والكدر ، فإن الرغبة فى التعاون تؤثر فى ما إذا كانت إستراتيجيات التقبل أو التغيير أكثر مناسبة خلال المراحل الأولى من العلاج . ويمكن بالنسبة للأزواج المتعاونين جداً ، إستخدام إستراتيجيات التغيير فوراً ، ولكن عندما يكون الزوجين أقل تعاوناً ، فهناك إحتمال كبير أن تثبت إستراتيجيات التقبل أنها أكثر تأثيراً مبدئياً لأن تأثيرها الإيجابى على رغبة الزوجين فى التعاون أكثر إحتمالاً ؛ هذا لأن تنمية التقبل له تأثر عميق على نوعية المثيرات التى يمكن أن تعمل كمدعمات . وإذا كان الإفتقار إلى الالتزام يحدث بسبب الغضب ، والإستياء ، ومشاعر الألم ، فإن كل شريك يكون أكثر إحتمالاً لأن يدعم السلوك الذى يؤلم الشريك الآخر ، وأقل إحتمالاً لأن يتعاون لتحسين العلاقة بينهما . وإذا إستطاع

(1) Marital Status Inventory

المعالج أن يزيد من إحتمال شعور كل شريك إما بالتعاطف أو الرقة(١) ، فإن القيمة التدعيمية لهذه السلوكيات تتضمن زيادة التعاون .

ما المو ضوعات محل الخلاف بينهما ؟

يظهر تقييم الموضوعات الرئيسية محل الخلاف بين الزوجين حالياً خلال المقابلة المشتركة . الموضوعات نفسها تطرح للنقاش ، ويعطى كل شريك الفرصة للتعبير عن وجهة نظره فى كل موضوع من هذه الموضوعات . ومن المهم أن يفهم المعالج بشكل كامل وضع كل شريك ؛ من أجل تقييم مقدار التركيز الذى يضعه على التغيير فى مقابل التقبل لكل منهما وأيضاً تعرف ردود الأفعال التى تحرك وتدفع كل شريك . إن الموضوعات محل الخلاف بين الزوجين ، والتى يبدو أنها غير قابلة للتغيير أو التى تدور حول الخبرات الشخصية (مثل الرغبات المختلفة للبقاء متقاربين) يجب أن تعالج بإستخدام إستراتيجيات التقبل . والموضوعات المتعلقة بالسلوكيات العامة المساعدة (مثل ، كيفية إدارة الدخل المالى للأسرة) تستدعى تركيزاً أكثر على إستراتيجيات التغيير . وحتى مع السلوكيات المساعدة ، فإن التقبل أكثر إحتمالاً لأن يبقى ضرورى للتعامل مع الإنفعالات المحيطة بهذه الموضوعات الحساسة .

إن الموضوعات محل الخلاف يمكن تقييمها أيضاً ، بإستخدام إستخبار مجالات التغيير(٢) (Weiss & Birchler;1975) . على سبيل المثال إستخبارات كهذه مفيدة لتقييم الموضوعات التى قد يشعر الزوجان بعدم الراحة لمناقشتها خلال المقابلة الأولى ، مثل العلاقة الجنسية بين الزوجين .

كيف تظهر هذه المو ضوعات نفسها خلال العلاقة بينهما ؟

إن فهم كيفية محاولة الزوجين التشبث بمشاكلهما له أهمية خاصة فى طريقة العلاج الزواجى السلوكى المتكامل ؛ لأن الموضوعات نفسها ليست هى التى تحدد مستوى الكدر بين الزوجين ، ولكن كيفية تعامل الزوجين مع هذه الموضوعات . إن المعالج الذى يستخدم العلاج الزواجى السلوكى المتكامل يحاول التعرف على النماذج العامة للتفاعل التى تدور حول بعض الأمور الخاصة بالزوجين ، عن طريق أن يطلب منهم وصف عديد من الأحداث السلبية الحديثة.

(1) Tenderness
(2) Areas of change questionnaire

ومن المهم التعرف على هذه الأنماط أو المفاهيم لأنها تشكل الأساس لعمل التقبل بعد ذلك . إن الأنماط التى يحددها المعالج هى عادة خاصة لزوجين معينين ، ولكن أحد الأنماط الشائعة يسمى «المطارد – المبتعد »(١) .

يأخذ هذا النمط عادة شكل أن أحد الشريكين يطارد الآخر ، فى حين أن الشريك الآخر ينسحب إما جسدياً أو عاطفياً . إن مثل هذه الأنماط أو النماذج تناقش من أجل مساعدة الزوجين على تطوير طريقة ، تمكنهم من فهم الصراع والنزاع دون أن يلوم أى منهما الآخر .

ما عوامل القوة التي تربط الزوجين معا :

إن عوامل القوة التى تربط الزوجين معاً حالياً هى الأساس الذى ينطلق منه المعالج لتحسين العلاقة بين الزوجين . وعليه فمن الأهمية بمكان الحصول على صورة واضحة عن هذه العوامل ، وما الذى يدفع كل شريك تجاه العمل على تحسين هذه العلاقة . إن أفضل الأسئلة للتعرف على هذه العوامل هى سؤال الطرفين عن الجوانب ، التى جذبت كل منهما للآخر فى بداية العلاقة . الإجابة عن هذا السؤال عادة ماتسعد الزوجين وتولد ذكريات جميلة ومشاعر إيجابية . نحن عادة نسأل هذا السؤال فى نهاية الجلسة العلاجية الأولى . ومن أجل توفير إستبصار للزوجين بمشاكلهم والتوصل إلى ملاحظة إيجابية . يسأل كل شريك على إنفراد عن كيفية تعرف كل منهما الآخر فى بداية العلاقة ، وما الذى جذب كل منهما للآخر أساساً ، ومن خلال إجابتهما يستنتج الباحث الصفات التى لاتزال إيجابية وقوية فى علاقتهما والصفات التى يبدو أنها تسبب مشاكل . وعادة ما يتحول الشىء الذى يكون جذاباً فى البداية إلى مصدر نزاع وشجار . على سبيل المثال، التنظيم والشعور بالمسئولية التى كانت تعتبر أشياء رائعة فى البداية قد تتحول إلى أمور ملزمة وملحة ومقيدة . والمعالج الذى يستخدم العلاج الزواجى السلوكى المتكامل يسجل هذه الإحتمالات التى يمكن الإستفادة منها لاحقاً لتطوير وتنمية التقبل . وإذا إستطاع المعالج أن يساعد الزوجين على إدراك الإرتباط بين الشكوى الحالية لديهم ، وما إعتبراه سابقاً مصدر قوة ، فإن خبرتهما السلبية لهذه الأحداث قد تتحول إلى خبرة إيجابية عن طريق إعادة ربطها بالذكريات الإيجابية السارة .

---

(1) Pursuer-distancer

تعتبر معرفة جوانب القوة عند الزوجين مؤشراً ممتازاً على مدى التقدم الذى سيحرزه الزوجين فى العلاج . وإذا لم يستطع الزوجين تكوين ذكريات إيجابية عن كيفية إلتقائهما أول مرة ، فإن نجاح العلاج يعتبر أمراً مشكوكاً فيه . فى بعض الحالات عندما يواجه الطرفين عدة أوقات عصيبة ، وتكون العلاقة بينهما غير مريحة أو غير مرغوبة ، فإنه يصعب علاجهما . فى حين أنه إذا أمكن للزوجين تكوين ذكريات سارة عن لقاءهما الأول فإن فرصة التقدم فى العلاج تكون أفضل . عموماً ، فالحقيقة البديهية أنه كلما كانت هناك عوامل قوة تربط الزوجين معاً ، كان من السهل مساعدتهما .

ماذا يستطيع العلاج أن يقدمه لمساعدة الزوجين ؟

بعد مرحلة التقييم يكون المعالج الذى يستخدم العلاج الزواجى السلوكى المتكامل فى موقع جيد يسمح له بتحديد ماذا يستطيع العلاج أن يقدم للزوجين . وتحول المعلومات التى حصل عليها المعالج عند التقييم إلى أفكار فى خطة العلاج، ويأخذ المعالج فى إعتباره الأنماط المتعددة التى ظهرت حتى الآن، ويقرر فى ضوئها أفضل إستراتيجيات التغيير التى يمكن أن تكون ذات فائدة . وتكون خطة العلاج عموماً عبارة عن مزيج من إستراتيجيات التغيير وإستراتيجيات التقبل ، والتركيز على أى منها يتوقف على الحاجات الخاصة لهذين الزوجين . ويجب تحديد قدرة كل شريك على حدة على التغيير وعلى التقبل . وعموماً ، كلما كان الزوجين متعاونين ، توقعنا منهما التغيير أكثر ، فى حين إذا كانت مشاكلهم متضادة فإن على المعالج أن يبدأ العلاج بتنمية مشاعر التقبل العاطفى بينهما . وقد بينت البحوث أن القدرة على التغيير ترتبط سلباً مع درجة شدة الكدر ، وإحتمال قرب وقوع الطلاق ، وتوقف العلاقة الجنسية كلياً أو جزئياً ، والالتزام بالأدوار الجنسية التقليدية .

جلسة العائد أو ردود الفعل(1)

يقوم المعالج بعرض الإجابات على أسئلة التقييم الستة فى جلسة العائد ، كما يعرض خطة العلاج المقترحة . والإجابة عن كل سؤال من هذه الأسئلة يتم بطريقة تساعد على إعداد خطة العلاج حتى النهاية . على سبيل المثال ، عند مناقشة مستوى الكدر عند الزوجين ، فإن مايقوله المعالج يتوقف على مستوى

---

(1) Feedback Session

الكدر بين الزوجين هل هو متوسط أم شديد جداً . وعندما يكون الزوجان متكدرين بشدة ، فإن المعالج يستخدم هذه المعلومة لتحديد مدى جدية الموقف ولتهيئة الزوجين للعمل بجد أثناء العلاج . وفى المقابل ، عندما يكون الزوجان متكدرين نوعاً ما ، فإن جلسة العائد توفر فرصة جيدة للمعالج لمساعدة الزوجين على تعديل موقفهما والتخفيف من بعض الكدر ، الذى قد يرتبط بالإعتقاد أن مشاكلهم غير قابلة للحل .

وعادة ماترتبط مناقشة مستوى الكدر بين الزوجين بمستوى الإلتزام بينهما، أى أن الزوجين الأكثر كدراً عادة مايكونان أقل إلتزاماً والعكس صحيح . وعندما يكون الزوجان ملتزمين تجاه بعضهما البعض ويحاولان العمل على الإستمرار معاً، فإن إمكانية نجاح العلاج تصبح جيدة . ويمكن إشراك الزوجين فى ذلك كوسيلة أخرى لمساعدتهما على تعديل مواقفهما وتوفير توقعات إيجابية عن نتائج العلاج . ولكن عندما يشعر الزوجان باليأس ، وأن المشاكل بينهما معقدة فإن مناقشة مشاعرهما أمر ضرورى من أجل الإستفادة من التقبل ، والذى سيبدأ به العلاج .

وتساعد مناقشة الأمور محل الخلاف بين الزوجين على بدء عملية تنمية التقبل . وتعرض هذه الموضوعات بالطريقة التى نتأكد بها أن الزوجين يتصرفان بأسلوب معقول ومتفهم ، ويجب أن يكون التركيز على مشاعر التأثر التى تكمن خلف تصرفات كل شريك وعلى ردود الأفعال التى أدت بهما حالياً إلى الإنفصال وعدم الرضا . إن عرض الموضوعات محل الخلاف بين الزوجين بهذا الشكل يؤدى بهما إلى عدم لوم كل طرف للآخر ، وإلى التقبل المتبادل بينهما . ويؤدى هذا إلى بدء عملية تدريب الزوجين على التخلى عن الصراع والدفاع المستمر ، الذى يتعارض مع قدرتهما على التوافق حتى هذه اللحظة .

تتطرق جلسة العائد أيضاً إلى الإستراتيجيات غير الفعالة التى استخدمت للتعامل مع الموضوعات محل الخلاف . وعادة ماتعرض المشاكل الظاهرة والمتعددة بين الزوجين فى شكل فكرة أو نموذج ، والتى تكون فى أغلب الأحيان السبب فى التفاعل السلبى بينهما . وفى معظم الأحيان فإن فكرة واحدة مثل «المطالبة – الإنسحاب» (١)- يمكن أن تستخدم لوصف الموضوعات محل الخلاف

(1) Demand - Withdraw

بين الزوجين ، فى حين أنه مع بعض الأزواج .. فإن مناقشة أكثر من فكرة واحدة أمر ضرورى من أجل حصر معظم الموضوعات بينهما.

يعطى الزوجان الكثير من الوقت للإجابة على مدى صدق وملاءمة صيغة الأفكار الرئيسية . ويسأل الزوجان عادة عما إذا كانت الصيغة تبدو مناسبة لهما ، وإذا كان لديهما أى شيء يريدان إضافته . وقد وجدنا أنه عندما تعرض الأفكار فى شكل محاضرة ، فإن الزوجين عادة لايتقبلانها ، وبالتالى يبقى للمعالج فرصة ضئيلة للتأكد هل هذه الصيغة ستكون فعالة .

إن صياغة الأفكار الرئيسية نفسها تركز على نماذج الإستجابات العامة وعلى مساهمة كل شريك فى الأفكار ككل . ويكون التركيز الأكبر على فهم الدوافع وراء سلوك كل شريك من أجل بدء تنمية التقبل العاطفى حالاً . وتستخدم الأحداث السلبية الأخيرة التى تم تقييمها سابقاً كنماذج على الطرق ، التى تظهر من خلالها أفكار الزوجين . ويساعد هذا على جعل كل المواضيع محل الخلاف بين الزوجين أمر خارجى ، يمكنهما الإعتراف به وتقبله بدلاً من أن يكون خطأ ناتجاً عن خبث أو مكر أحد الشريكين .

الوصف التالى هو مثال على جلسة عائد بين المعالج والزوج (ريتشارد) والزوجة (جل) ، التى تعرض فيها الأفكار الرئيسية للزوجين أول مرة .

المعالج : إن ما أريد أن أركز عليه هذه الليلة هو ما أراه كفكرة أو نموذج يكمن وراء عدم إتفاقكما على عديد من الأمور . هذه وسيلة مهمة للتفكير فى علاقتكما . ومن المهم أن أفهمها بوضوح ، وبالتالى أستطيع أن أنقلها لكما بوضوح . وإذا كان ماأقوله غير صحيح ، فلا تترددا فى إخبارى ، موافقان ؟

الزوج والزوجة : موافقان .

المعالج : أولاً ، أود أن أعرض النموذج كما أدركه من منظوركما ، فلنبدأ بك ياريتشارد . (موجهاً كلامه للزوج) يبدو لى بناء على ماتحدثنا عنه أنك تريد أن تشعر بأنك مهم عند جل ، ومحبوب منها ، وتريد أن تشعر بالأمان فى علاقتك معها ، وعندما تطلب منها تغيير شيء ما يقلقك فى علاقتكما فإن رفضها يجعلك تشعر بعدم الأهمية وأنها لاتهتم بك . وإذا هى لم تنفذ ماتطلبه منها فإنك تشعر بأنك غير مهم لديها . مارأيك فيما قلت ؟

الزوج : نعم ، وأنا أخبرها بذلك لأنه فى أى علاقة فإنك تحتاج إلى إحداث تغييرات ، وتحتاج إلى المساومة والتفاوض ، وأن تكون لديك رغبة فى القيام بأشياء للشخص الآخر ، والتى لاتقوم بها عادة لنفسك .

المعالج : حسناً ، الآن سأقوم بوصف هذا النموذج من وجهة نظر جل . يبدو أن مايهمك هو أن تكونى محبوبة ومقبولة كما أنت ، وهو شىء معقول جداً فى أى علاقة . لذلك عندما يطلب منك ريتشارد بإستمرار أن تغيرى شيئاً ما فإن ذلك قد يعنى أنه لايتقبلك كما أنت . وهذا يشعرك بالحزن وبالتالى فإن إحتمال قيامك بالتغيير الذى يريده ضئيل . هل ماقلته صحيح ؟

الزوجة : أنظر إن ذلك هو ما لا أستطيع أن أوصله له . هناك بعض الأشياء لا أرغب فى تغيرها وهذا ما أشعر بالضبط تجاهها . عندما أجلس لأستريح فإنه يقول أنه يشعر بأنى لا أحبه .

المعالج : هذه هى المعضلة . (موجهاً كلامه للزوج) وأنت ياريتشارد تريد أن تشعر بأنك محل إهتمام . وأنت ياجل تريدين أن تشعرى بأنك مقبولة كما أنت، وأن مايقوم به فعلاً كل منكما هو عكس ماترغبان به .

لاحظ فى هذا المثال أن المعالج ركز بشكل كبير على المشاعر الرقيقة(١) التى تكمن خلف سلوك كل شريك ، وهو ما يساعد على تخفيف مشاعر الحقد بينهما . وكما نرى من هذا الوصف الموجز ، فإنه يجب عادة التركيز على المشاعر الرقيقة هذه ، قبل أن يصبح لها التأثير المرغوب .

إن الجانب المهم من عمل التقبل هو الصياغة(٢) . وكل الصياغات لها على الأقل ثلاثة مكونات : أولها هو الإختلاف بين الزوجين . ومعظم الأزواج الذين يطلبون العلاج يصرون على أن الإختلاف بينهما هو المشكلة . ومن منظورنا فإن الإختلافات لايمكن تجنبها وهى تصبح مشكلة عندما لا يتم التعامل معها بفعالية وكفاءة . والجانب الثانى من الصيغة يشمل النية الحسنة مع الانهزامية (٣) ، التى يستخدمها الزوجان للتكيف مع هذه الإختلافات . والجانب الثالث من

---

(1) Soft emotions
(2) Formulation
(3) Self-defeating

الصيغة هى الشراك المتبادلة(1) : وهذا يعنى تجربة كل شريك لأن يتورط فى إستراتيجية انهزامية الذات، والتى تبدو أنها أفضل الحلول المتاحة فى الموقف . وتحدث الشراك لأن كلا الزوجين يفعلان مايعتقدان بأنه الأفضل لمعالجة الإختلاف بينهما، ولكن تكرار ذلك يؤدى إلى زيادة الهوة بينهما.

عند مناقشة الموضوعات والأفكار بين الزوجين ، يوفر المعالج معلومات مرتدة (عائد) عن ماذا يمكن أن يقدم العلاج لهما . وتناقش أهداف العلاج المختلفة إضافة إلى الإجراءات التى ستستخدم لتحقيق هذه الأهداف . وتعرض الأهداف عادة كمزيج من التقبل والتغيير . وتوصف خطوات العلاج بحيث تشمل جلسة لمناقشة أفكار الزوجين والتعليمات والممارسات المتعلقة باستخدام إستراتيجيات التغيير المناسبة ، والواجبات المنزلية التى يجب عليهما أداءها خارج جلسات العلاج . والهدف من وصف خطة العلاج هو إعطاء الزوجين فهماً واضحاً عن إجراءات العلاج ، وتوجيه نظرهما نحو أهداف التقبل والتكيف .

وتشمل جلسة العائد عادة التركيز على جوانب القوة عند الزوجين . وتعرض جوانب القوة عندهما كمصدر ذى قيمة ، يوفر الأساس للثقة فى نتائج العلاج . وتنتهى الجلسة بمناقشة جوانب القوة عند الزوجين وبملاحظة إيجابية ، وتوفر توازن الجلسة ، مع ملاحظة أن معظم المعلومات المرتدة تركز على مشاكل الزوجين .

تصميم خطة العلاج

إن تحديد كيفية تصميم خطة العلاج الزواجى يعتمد على صياغة مشكلات الزوجين التى تم تعرفها فى مرحلة التقييم . وتختلف خطة العلاج الأولية بناء على قرار المعالج فى بدء العلاج إما بالتركيز على التغيير أو التقبل . وفى أغلب الأحيان فإن خطة العلاج تتألف من مزيج من إستراتيجيات التقبل وإستراتيجيات التغيير ، ولتقرير هل يبدأ العلاج بالتركيز على التقبل أو التغيير ، فمن الضرورى أن يتذكر الفرد إن استراتيجيات التغيير عادة ماتتيسر عندما يجرب الزوجان أولاً مقداراً معيناً من التقبل . وإذا أدرك كلا الزوجين وضع الشريك الآخر على أنه معقول ومفهوم ووافق على أنه بغض النظر عن مقدار التغيير الذى يحدث ، فإن المشكلات والصراعات هى جزء من كون الفرد فى علاقة ما ، وأن محاولات

(1) Mutual trap

التغيير كثيراً ماتنجح . وهذا صحيح على وجه الخصوص للأزواج المتكدرين بشدة، والذين يفكرون جدياً بالطلاق ، والمنفصلين عاطفياً وغير المتوافقين .

وفى بعض الحالات – خاصة حالات الأزواج المتعاونين للغاية ممن لديهم كدر معتدل أو متوسط – من المفضل أن يبدأ العلاج بالتركيز على إستراتيجيات التغيير . وحتى فى الحالات التى يقرر المعالج فيها البدء باستراتيجيات التغيير ، يجب دمج إستراتيجيات التقبل كذلك فى العملية العلاجية . وإستمرار التغيير محتمل جداً كما أن مقداره عميق جداً ، إذا إستعنا بالتقبل العاطفى كجزء من أى محاولة للتغيير .

ومن الممكن أيضاً تصميم العلاج بحيث تستخدم كلا من إستراتيجيات التقبل والتغيير ويستفاد منهما معاً . بناء على حاجات الزوجين المعنيين ، وقد يقرر المعالج إعطاء التقبل والتغيير وقتاً متساوياً ، وربما التركيز على التقبل فى جزء من الجلسة العلاجية وعلى التغيير فى الجزء الباقى أو تبديل الترتيب من جلسة إلى أخرى . ويمكن للمعالج إختيار هذه الإستراتيجية عندما لاتدل المؤشرات على تفضيل التقبل أو التغيير .

إن أفضل مؤشر يساعد الإكلينيكى على إتخاذ قرار عن كيفية دمج التقبل والتغيير لإستخدامهما مع حالة معينة هو مستوى الكدر عند الزوجين ، ومدى الإلتزام بينهما ، وإرتباطهما العاطفى ، والإنسجام والتعاون بينهما . وإذا كانت هذه المؤشرات إيجابية فإن الأفضل هو التركيز على التغيير ، ولكن إذا كات المؤشرات سلبية فإنه من المفضل بدء العلاج بالتركيز على التقبل . أخيراً ، وكما ذكرنا سابقاً، إذا كانت هذه المؤشرات مختلطة فإنه من الأفضل التفكير بدمج إستراتيجيات التقبل والتغيير ، وفى أى حالة فإن المحددات الأساسية لتصميم العلاج هى رغبات الزوجين اللذان يخضعان للعلاج . ومن المألوف أن يظهر الزوجان تفضيلهما لإستراتيجية ما دون الأخرى . وفى هذه الحالات فإنه عادة ما يكون من المفضل الإستجابة لرغبات الزوجين ، ما لم تكن للمعالج أسباب قوية لعدم الموافقة .

بسبب التشكيلة الواسعة من الأزواج ومشاكلهم ، فإن تحديد الفترة التى يستغرقها العلاج يتوقف على طبيعة الحالة نفسها . ويصل متوسط مدة العلاج

عادة إلى حوالى ٢٠ جلسة بناء على احتياج الزوجين ومشاكلهما ، وبعض الحالات يمكن علاجها فى جلسة واحدة أو قد تحتاج إلى علاج أطول ومكثف .

سنعرض خلال بقية الفصل كلا النوعين من الإستراتيجيات بالتفصيل ، وسنبدأ بمنقاشة كيفية تنمية التقبل العاطفى ثم مناقشة إستراتيجيات تنمية وتغيير السلوك . سنعرض عشرة من إستراتيجيات التقبل الجديدة ، وإثنتين من أكثر إستراتيجيات التغيير فعالية وشيوعاً .

وتشمل إستراتيجيات التقبل :

(١) الإرتباط العاطفى حول المشكلة .

(٢) النظر إلى المشكلة من الخارج .

(٣) تعرف أنماط الزوجين .

(٤) محتوى تنمية التقبل .

(٥) تنمية التقبل العاطفى عن طريق بناء التسامح .

(٦) إعادة التوكيد الإيجابى .

(٧) تأكيد الإختلافات المكملة لبعضها البعض .

(٨) الإستعداد للإنتكاس .

(٩) التزييف السيىء .

(١٠) التقبل العاطفى من خلال الإعتناء الشديد بالذات .

أما إستراتيجيات التغيير الإثنتين فهما :

(١) تبادل السلوك .

(٢) الإتصال والتدريب على حل المشكلات .

تصميم جلسة العلاج :

يضمن توفير تصميم متناسق لكل جلسة علاج بقاء أهداف العلاج فى بؤرة التركيز وبقاء الزوجين مستمرين. وبالتعاون مع الزوجين ، فإن كل جلسة تبدأ بوضع جدول أعمال يحدد فيه أهداف هذه الجلسة ، ويشمل هذا الجدول عادة مراجعة الواجبات المنزلية التى تم الإتفاق عليها ، وكذلك مناقشة أى تطورات

نتجت من جلسة الأسبوع الماضى (مثلاً أفكار أخرى ، أو مشاعر ، أو تنفيذ أى قرارات) . بعد ذلك تنتقل الجلسة إلى عمل آخر ، وعادة مايسمح المعالج للزوجين بأن يحددا ماهى المشكلة التى يجب التركيز عليها فى كل جلسة . هذه المرونة مهمة لأن الزوجين عادة ما يكونان مدفوعين بشدة للتعامل مع الموضوعات التى تسبب المشاكل الحالية . على أى حالة ، فإن الزوجين يجب أن يتعلما كيفية التعامل مع مشاكلهما مادامت ساخنة ومتفاعلة ، إضافة إلى ذلك فإن معظم صراعات الزوجين تظهر أحد أفكارهما الرئيسية ، وعليه فإن المشكلة التى يختارونها تسمح للمعالج بإستمرار تنمية التقبل العاطفى . وللتأكد من أن وقت العلاج الثمين لايضيع فى مناقشة الأمور التافهة ، فإن المعالج عادة مايشدد على إختيار المشكلة المرتبطة بالصعوبة الرئيسية فى العلاقة بين الزوجين ، وتنتهى كل جلسة عادة بتلخيص ماتم مناقشته وتحديد الواجبات المنزلية ، التى يجب أداؤها إذا كان هذا مطلوبا .

إستراتيجيات تنمية التقبل العاطفي :

فى بعض الأحيان عندما يحضر الشريكان للعلاج الزواجى ، فإن كل طرف يلوم الآخر بطريقة ما على أنه السبب فى حدوث المشاكل بينهما ، بمعنى أنه إذا أمكن للطرف الآخر أن يتغير بطريقة ما ولو قليلاً أو أن يكون أحمق قليلاً ، فإن العلاقة بينهما ستكون رائعة . وكل طرف يجد أنه من السهل لوم الطرف الآخر، دون أن يدرك الدور الذى لعبه فى إستمرارية الألم والمعاناة التى يواجهانها. وأن مشاكل العلاقة بينهما حدثت لأن كل شريك منهما أنانى ، وبغيض ، وغشاش ومسيطر ، وقاسٍ . ويعتقد كل طرف أنه إذا إستطاع تغيير الطرف الآخر بطريقة ما فإن حياته ستتحسن كثيراً . ومن النادر أن تكون مشكلات الزوجين هى نتيجة تصرفات أو صفات أحدهم دون تصرفات أو صفات الآخر . إن مهمة المعالج فى هذا السياق من اللوم المتبادل ، هى مساعدة الزوجين على إعادة صياغة مشكلاتهما من كونها تنشأ من ردود الأفعال العامة والمفهومة بينهما إلى إختلافات عامة ومفهومة بينهما بالتساوى .

الإرتباط العاطفي حول المشكلة (الموقف الحازم لتطويق المشكلة)

الإرتباط العاطفى حول المشكلة يعنى تأكيد الألم ولكن دون إتهام لأحد . ويشجع المعالج كل شريك على التعبير عن مشاعر التأثر الكامنة وراء التعبير عن

مشاعر القسوة . وتتصف مشاعر القسوة بإطلاق عبارات تضع أحد الشريكين فى موضع الإتهام ، أو أن يسعى الطرف المعتدى عليه لمطالبة شريكه بتعويضه عن بعض الإنتهاكات غير العادلة من قبله . إن التعبير عن مشاعر القسوة يظهر هذا الشريك على أنه مجرم ، ومسيطر ، وغير حساس . إن رد الفعل الطبيعى من الطرف المستمع هو أن يقوم بالدفاع عن نفسه وبالهجوم العكسى ، مع ذكر أمثلة على السلوك غير المناسب أو الشائن للطرف الآخر . فى حين أن مشاعر التأثر تظهر مشاعر الألم ، والوحدة ، وعدم الأمان ، والخوف ، والرغبة والحب . إن التعبير عن هذه الإنفعالات يظهر حساسية الشريك فى العلاقة القائمة ، وبالتالى فإن المستمع أقل إحتمالاً لأن يكون مدافعاً وأكثر إحتمالاً لأن يسمع ويتعاطف مع مايقوله شريكه الآخر . وقبل العلاج يكون اللوم والإتهام راسخين بعمق فى نمط تفاعل الزوجين معاً ، حيث إن تدريبهما على كيفية التعرف والإستجابة والتعبير عن مشاعر التأثر تكون صعبة التحقيق . وفى البداية ، فإن المعالج الذى يستخدم العلاج الزواجى السلوكى التكاملى يتحمل المسئولية فى مساعدة الشريكين على تعرف مشاعر التأثر الكامنة خلف مشاعر القسوة ، والتى يسهل عادة التعبير عنها. إن مشاعر التأثر التى إكتشفها المعالج تفحص بعمق مع الشريك المنسوب إليه هذه المشاعر ، ثم يسأل الشريك الآخر عن تأثره بسماع مثل هذه المشاعر .

ومن المهم أن نلاحظ فى هذه المرحلة إننا لانؤيد أسلوباً بذاته للإتصال . وكل زوجين سيكون لهما أسلوبهما الخاص ، ولايحاول المعالج فرض أسلوب معين ويصوره مقدماً على أنه الأفضل فى التخاطب . ولتنمية الإرتباط العاطفى حول المشكلة ، يقوم المعالج بالتعامل مع طريقة الزوجين الخاصة فى التخاطب لمساعدة كل طرف على التعبير عن مشاعر التأثر لديه وعلى فهم مشاعر التأثر للطرف الآخر . ومن المهم أن نتذكر أن مايصلح لزوجين لايعنى بالضرورة أنه يصلح للآخرين . إن الإلتزام بمفهوم معين عن الإتصال الجيد قد يتعارض مع الهدف الرئيسى لهذه الإستراتيجيات ، والذى يسعى إلى مساعدة كل شريك على فهم الألم، الذى يعانى منه كلا الشريكين والناتج عن عدم الإتفاق بينهما .

ويعرض المثال التالى عملية تنمية الإرتباط العاطفى حول المشكلة . حيث يركز الزوج والزوجة على موضوع الأعمال المنزلية ، ويستخدم المعالج هذا النقاش للكشف عن مشاعر التأثر الكامنة خلف مشاعرهما السلبية .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوجة) هو يمدحك عندما يكون البيت مرتباً ومنظماً ولكنك لاتشعربين بالراحة تجاه ذلك ، أليس هذا صحيحاً ؟

الزوجة : أحياناً هذا يضايقنى لأنى أريده أن يقدرنى كما أنا وليس ....

الزوج : أعتقد أنها محبطة لأنه من السهل إرضائى .

الزوجة : لا ، لا .

الزوج : إن كل ماعليك أداؤه هو إبقاء المنزل نظيفاً .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوجة) إذاً ليست هذه اخبار جديدة عليك بالضرورة ان ذلك يسره بهذا القدر

الزوج : فعلاً أنا لدى رد الفعل هذا منك وهذا يجرحنى وأنت كذلك ستشعرين بالإحباط .

الزوجة : أحياناً عندما يكون منبهراً جداً بشىء قمت به أشعر بالغبن .

الزوج : والشعور الذى لدى هو أننى لا أدرى كيف أرضيها ، حقيقة لا أدرى.

الزوجة : إن أكثر مايضايقنى حالياً هو يوم الإثنين . لأنه يكون لدى إجتماع ، ويجب أن آخذ الأولاد لأن جون (الزوج) سيعمل لوقت متأخر . وأنا لاأعود للبيت حتى الساعة ٩:٣٠ ، والبيت يكون فى فوضى ، وهو يتضايق من ذلك لأن البيت لايبدو فى أفضل حالة .

المعالج : آه .

الزوجة : لا توجد لديه أدنى فكرة عما كان عليه يومى ، ولكنه متضايق منى ، لأن البيت لم يكن بالشكل الذى يتوقعه ، وهذه إهانة بالنسبة لى . وكأنه يقول (إن هذا البيت هو أهم من العلاقة بيننا) . وهو لايفترض أن هناك أسباباً أخرى لعدم كون الأمور فى حالتها المثالية ، هو يعتقد بأنى أتعمد أن أفعل هذا له . هذا هو الشعور ، هو يرى أن وضع البيت وترتيبه هو تحدى شخصى له .

المعالج : آه . أعتقد أن ماتوصلت إليه مما قلته هو أنك تشعرين بأنك مستغلة.

الزوجة : نعم .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوج) يبدو أنك دائم التذمر من أمور النظافة والترتيب فى المنزل . وقد لايبدو واضحاً لك شعورها بأنها مستغلة عندما تعبر عن مضايقتك ، وأعتقد أنه من المهم أن تعرف ماهو شعورها ، هل تعرف أنت ذلك .

الزوج : نعم أعتقد أنى أعرف ، لأنى أعرف على سبيل المثال أننى أكون مسروراً جداً عندما أجد أن المنزل نظيف .

المعالج : هل فهمت كيف تدرك هى مدحك وإطراءك لها ، أو كيف تتضايق منه وتشعر بالإحباط ، أو هل هناك بعض الأشياء غير المفهومة ؟

الزوج : لا ، أعتقد أنى فهمت ذلك .

المعالج : ماهو رد فعلك تجاهه ؟

الزوج : لا أعتقد أنى أستطيع أن أقوم بأى شىء لكى أجعلها أسعد من ذلك .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوجة) ماذا تعتقدين ؟ هل تعتقدين إن ذلك صحيح ؟ هل تعتقدين أن هناك أى شىء يمكنه القيام به ؟

الزوجة : أعتقد بأن شعورى سيكون أفضل إذا أتى إلى البيت ، وقال (يا إلهى لابد أن يومك كان عصيبا) أو (يبدو أن الأمور خارج نطاق سيطرتك) بدلاً من أن يكون غاضبا منى .

المعالج : لا أدرى كيف يتم تنفيذ ذلك بالضبط ، ولكن الشىء الذى أعود إليه دائماً هو الصراع والمعاناة التى تعانونها فى علاقتكما ؛ لكى تشعران بأنكما أفضل .

الزوجة : آه .

الزوجة : حتى تشعر بأنه يعتقد بأنك على حق .

الزوج : أعتقد بأن هذا صحيح .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوج) أنى أتساءل عن مدى وعيك بهذا على المستوى اليومى ، يبدو أنه شىء غير مهم أن ماتقوله أو تفعله له تأثير يتعدى اللحظة الحالية .

الزوج : لا أعرف لماذا لا أريد الإجابة عن هذا السؤال ، ولكن أريد أن أقول أنا لا أعرف كيف أجعلها تشعر بأنها أفضل . لا أعرف كيف أكسر الحاجز . لا أعتقد أن هذا يكون إطراءً ان لا أشكو من وضع المنزل .

المعالج : نعم ، أعتقد أنى أوافقك على ذلك . هل تشعر أنها على حق حينما تقول بأنك أحياناً غير متفهم لمشكلات البيت ؟

الزوج : نعم طبعاً . أنا لا أحب أن أقوم بذلك . أعنى أنى لا أحب أن أكون فى البيت أبداً .

المعالج : هل تُسلم أحياناً أنها تقوم بأداء الأعمال المنزلية .

الزوج : نعم طبعاً ، أنا قطعاً مذنب تجاه هذا ، لأنى عندما أبقى فى البيت وأقوم بالأعمال المنزلية لمدة يوم ، أجد أن الأمر مرهق تماماً .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوجة) ما رد فعلكِ عندما تسمعين أنه لايعرف كيف يجعلك تشعرين بحال أفضل ؟ هل دهشت عندما علمت بأنه متحير فى كيفية القيام بذلك ؟ هل تعتقدين بأنه يجب أن يعرف كيف يقوم بذلك ، أو هل تفهمين بأنه يجد صعوبة فى كيفية إرضائك ؟

الزوجة : حسناً ، لا ، أنا غير مندهشة لذلك .

الزوج : فى الحقيقة عندما بدأ العلاج ، فإن أحد مشاعرى القوية عند طلب المساعدة هو أنه لايوجد شىء يشعرها بالسعادة . تعرف كشخص ان مشاعرى هى أننى لا أعرف كيف أجعلك تشعر بالسعادة .

فى هذا المثال ، لاحظ أن المعالج حاول جذب إنتباه الزوج لمشاعر الزوجة بعدم القيمة وابتعد عن التركيز على غضبها . وبهذه الطريقة ، فإن المعالج يأمل فى التخفيف من إستجابة الزوج المعتادة إلى إستجابة أقل إهتماماً بالبيت ، عن طريق مساعدته على تعرف مدى الألم الذى تحدثه إستجابته على الزوجة . وفى السياق نفسه فإن المعالج يحاول جذب إنتباه الزوجة إلى مشاعر الزوج بالعجز ، وعدم القدرة على تعرف الطريقة التى تجعلها تشعر بالسعادة . ويأمل المعالج من جديد بأن ذلك سيساعد الزوجة على إدراك أن زوجها أقل كرهاً ، وعجزاً ، وإهتماماً بالترتيب ، وأن تعرف بأنه يشعر بأنه محصور بين حب ترتيب المنزل وبين عدم معرفة كيفية تقديره لزوجته . إن مساعدة الزوجين على إدراك هذه

الجوانب فى كل منهما والتى تكون مقنعة من خلال إظهار مشاعر القسوة ، يتوقع أن تؤدى بالزوجين إلى الإبتعاد عن الشعور بالإستياء والإتجاه نحو تعاطف أكثر فى علاقتهما .

إن المجال الأكثر جدالاً فى العلاج الزواجي السلوكى المتكامل هو هل التقبل ينشأ فقط عن طريق تغيير الإتصال ، أو هل الصياغة تكفى فى حالة غياب التغيير الفعلى فى الإتصال . على سبيل المثال ، عندما يتعرف المعالج النمط المدمر فى التعامل مع الإختلافات والفروق ، فهل يجب على الزوجين تحسين الطريقة التى يتصلان بها ، أو هل رأى المعالج لديه قدرة على الوصول إلى التقبل منه وإليه . وفكرة العلاج الزواجي السلوكى المتكامل هى أن الصياغة كما يصفها المعالج لفظياً هى تكتيك فعال للإقناع بالتقبل ، بغض النظر عما إذا كان الشريكان بدأ فعلاً بالتحدث عن المشكلة بطريقة منسجمة مع صياغة المعالج . إن الصياغة تغير المحتوى الذى من خلاله يحدث التفاعل بين الزوجين ، وتخدم فى ايضاح المواقف القديمة بينهما . وهذا يعنى أن الصياغة يمكن أن تعدل وظيفة الأنماط القديمة ، وبالتالى فلن يكون لها تأثير مدمر كما كان فى السابق . إن الصياغة تصبح جزءاً من تاريخ العلاقة المعدلة بين الزوجين ، ويصبح لها تأثير على مستوى الرضا الزواجي ، حتى لو بقى الإتصال بينهما دون تغيير .

النظر إلي المشكلة من الخارج

على الرغم من أن الزوجين قد يخبران المشاعر الرقيقة ، التى تكمن وراء الخلافات الشائعة بينهما ، فإن هذه الخبرة عادة لاتغير النمط التقليدى لخلافاتهما. إنهما قد يستمران فى الخلاف على هذه الأمور طوال علاقتهما الزوجية . وفى أغلب الأحيان عندما تكون الحالة كذلك ، فإن المعالج الذى يستخدم العلاج السلوكى التكاملى يحاول مساعدة الزوجة على إعادة صياغة مشكلتهما على أنها شيء خارج عنهما، بدلاً من أن تكون شيئاً خبيثاً يقوم به كل منهما للآخر . ويعنى هذا أساساً مساعدة الزوجين على التخلى عن الصراع ، لتغير إما رد فعلهما أو رد فعل الشريك الآخر تجاه موضوع معين . وهى تعنى أيضاً توفير إدراك مشترك للزوجين ، يمكنهما من التعامل مع الإختلاف بينهما . ويساعد المعالج الزوجين على رؤية التفاعل بكليته على أنه نتيجة طبيعية للتفاعل الصحيح ، ومن خلال إعادة صياغة المشكلة على أنها موضوع خارجى ، يتوقع من كل شريك أن يكون أكثر قدرة على تحمل هذه الإختلافات بينهما ، دون الشعور بالذنب أو لوم

شريكه . ويوفر أيضاً إدراكاً يمكن من خلاله للزوجين المشاركة فى المشكلة ، والرثاء والأسى تجاهها ، دون لوم أى منهما للآخر على حدوثها . إن نمط الزوجين فى المثال السابق حدث بسبب الفوضى فى المنزل والذى إستجاب له الزوج بالضيق ، وإستجابت الزوجة لهذا الضيق بالإستياء والدفاع عن النفس ، وإستجاب الزوج أيضاً بالإستياء والدفاع عن النفس . إذا إستطعنا أن نوجه الزوجين إلى رؤية تسلسل الأحداث هذه على أنها شىء خارج عنهما ، على الرغم من أنه يمكن أن يستمر فى الظهور فى علاقتهما ، إلا أنه سيحدث فى سياق جديد كلياً . وسيكون كل شريك فى وضع أفضل لتعرف أنه مساهم فى نمط مألوف ، ليس من الضرورى أن يكون ذنب أو خطأ أى منهما . لذلك فمن خلال تقبل هذه الإختلافات بينهما ، فإن كلاً منهما سيكون قادراً بشكل أفضل على تحمل ظهور مثل هذا التفاعل ، وبالتالى أقل إحتمالاً لأن يكون له تأثير كبير على سعادتهما الكلية ورضائهما عن علاقتهما . إضافة إلى ذلك ، فإن رؤية المشكلة على أنها شىء خارجى يوفر لهما الإدراك ، الذى يمكنهما من تشكيل علاقة وطيدة من خلال التعامل مع هذه المشكلة معاً . أخيراً ، وبغض النظر عن الإستمرار فى هذا النمط بينهما ، فإن هناك أمل أن الجوانب الإيجابية فى العلاقة بين الزوجين ستقلل من ظهور هذه الإختلافات .

تعرف أنماط الزوجين

كما ذكر سابقاً ، فإن جزءاً كبيراً من تنمية التقبل يأخذ شكل مناقشة الأنماط والنماذج التى يتسم التفاعل السلبى للزوجين . على الرغم من أن بعض الأنماط الخاصة بالزوجين عادة ماتكون خاصة وفريدة ، إلا أن هناك أنماطاً عامة يصادفها المعالج مراراً . أحد الأنماط التى يتكرر ظهورها يطلق عليها «المطالب – المنسحب» ، وهذا النمط يتميز بأن أحد الشريكين يتذمر ويلح بإستمرار فى حين أن الآخر يكون صامتاً ، ورافضاً للتحدث عن المشكلة أو منسحباً جسدياً من العلاقة . «والعاطفى – المنطقى» هو نمط آخر عام يتصف بأن أحد الشريكين يعبر عن مشاعره بينما الشريك الآخر يعرض أسباباً وحلولاً . نمط آخر عام هو «الناقد – المدافع» (حيث أحد الشريكين ينتقد بينما الآخر يدافع عن نفسه) ، ويشتمل التجنب المتبادل ، واللوم المتبادل ، والتهديد المتبادل ، ثم هناك الضاغط – المقاوم (حيث أحد الشريكين يضغط على الآخر ليتغيير ، بينما الآخر يقاوم التغيير) .

كما لاحظنا في جزء «النظر إلى المشكلة من الخارج» ، فإن تعرف هذه الأنماط يسمح للزوجين في الجوهر رؤية الأمور بمنظور واحد . إن رؤية تسلسل بعض الأحداث على أنها تمثل الأنماط العامة ، توفر للزوجين إدراكاً للتخلي عن الصراع غير المجدى لتغيير إما أنفسهم أو شريكهم . وعليه فإن كل الألم والجهد المبذول فى محاولة النجاح فى هذه المناقشات يمكن تجنبه ، ويبقى للزوجين ألم أقل مرتبط بالحقيقة المهمة بأنهما غير متفقين . إضافة إلى ذلك ، فإن الإدراك المشترك الناتج من تعرف الأنماط العامة يخلق سياقاً ، يمكن للتعاطف أن ينمو فيه بغض النظر عن مشاكلهم العامة الدائمة . ويزود الزوجين بطرق للحديث عن هذه التفاعلات الصعبة بينهما ، دون تبادل اللوم أو الشعور بالخداع ، ويصبحان قادرين على الرثاء والتعاطف مع مشاكلهما المشتركة بعضهما مع البعض . ويتوقع ان يؤدى هذا بحد ذاته إلى التخلص السريع من هذا الجدال ، وإلى تجنيب الزوجين الألم المصاحب لهذا الجدال ، والذى يستغرق ساعات أو يهدد فعلاً العلاقة المستقرة بين الزوجين .

تشكيل السياق من أجل تنمية التقبل

تعرف الأنماط والنظر إلى المشكلة من الخارج وتنمية الإرتباط العاطفى حول المشكلة كلها يظهر من خلال مناقشة ثلاثة أنواع من الأحداث . وهى تشمل: الأحداث السلبية الأخيرة ، والأحداث المتوقعة التى قد تتحول إلى مشكلة ، والأحداث الحالية السلبية والتى مرت بسلام . وعند مناقشة تنظيم خطة العلاج ، لاحظنا أنه فى أغلب الأحيان يسمح للزوجين لكى يقررا ما هو الموضوع الذى يجب مناقشته فى كل جلسة . وعادة يختار الزوجين مناقشة المواقف السلبية الأخيرة ، حيث أن هذه المناقشات هى فرصة ذهبية لتنمية التقبل . فأولا تستخدم مناقشة الأحداث السلبية الأخيرة لتعرف النمط العام للزوجين . بعد ذلك فإن النقاش المستقبلى للأحداث الأخيرة يمكن أن يستخدم لإيضاح عودة وتكرار هذه الأنماط .

وتوفر الأحداث الحالية أيضاً مادة يمكن منها إعادة صياغة المشاكل ؛ لكى ينظر إليها من الخارج . وأحياناً تظهر مناقشة الأحداث الحالية السلبية أن الزوجين لديهما مشكلة فى التعامل مع متاعبهما مثل المرض الجسدى المزمن ، أو الإكتئاب، أو التعارض فى أوقات العمل بينهما . وهذه الأشكال من المشكلات قد

لاتُظهر نفسها كأنماط ، وبالتالى فإن إعادة صياغة المشكلة للنظر إليها من الخارج هى عادة أفضل طريقة للتدخل .

إن مناقشة الأحداث الحالية السلبية يفيد أيضاً فى تنمية التعبير عن مشاعر التأثر . فكل خطوة فى تفاعل الأحداث السلبية يمكن أن تختبر لتعرف مشاعر التأثر التى قد تكون مخفية عند حدوث النزاع الفعلى بين الزوجين . وفى النهاية من خلال هذا العمل ، فإن التفاعل الكلى يمكن أن ينظر إليه كنتيجة لرد الفعل الطبيعى والمتفهم ، الذى يظهر التعاطف والإهتمام بدلاً من الغضب والمقاومة .

وتوفر الأحداث المستقبلية التى يتوقع الزوجان أنها لن تمر بسلام مادة جيدة لمناقشة أنماط الزوجين والمشاكل ، التى أعادا صياغتها لكى ينظرا إليها من الخارج . إن مناقشة مثل هذه الأحداث قبل حدوثها فعلاً يساعد الزوجين على تجنب الوقوع فى شرك المباغتة من هذه الأحداث ، وفى بعض الحالات تسهل إدخال إستجابات جديدة للموقف . علاوة على ذلك ، فإن القدرة على التوقع والتخطيط لعودة ظهور المشاكل يحسن الشعور بالعجز والإستياء . وهذا يوفر للزوجين إبتعاداً كافياً عن بعض الأحداث ؛ مما يساعدهما على الرثاء لحدوثها.

إن مناقشة توقع الأحداث السلبية يمكن أن يستخدم أيضاً لتنمية التعبير عن مشاعر التأثر . وفى بعض الحالات ، فإن التعبير عن مشاعر التأثر كاف لتغير نتائج الأحداث من السلب إلى الإيجاب ، حتى إذا لم يتغير تنظيم الأحداث فعلاً ، فإن زيادة فهم كل شريك لردة فعل الشريك الآخر يخفف من مشاعر الإستياء ، والغضب ، والظلم .

وقد لا تنتهى جميع المشاكل احيانا بصورة سيئه ، إن المعالج الذى يستخدم العلاج الزواجى السلوكى المتكامل يكون متيقظاً للأحداث التى أدت إلى المشاكل ، ولكن تم إجتنابها . وتناقش هذه الأحداث بالتفصيل ويكون التركيز بالتحديد على المنعطف ، الذى كان من الممكن أن تسوء فيه الأحداث ودون ان يحدث هذا السوء، أو أن النقطة الأساسية التى تحولت بها الأحداث إلى الأحسن تمت بشكل كبير . والنقاط التى تنكسر فيها السياقات العامه مهمه للغاية ، ويجب فحصها بشكل شامل على أمل إكتشاف إستراتيجيات ، يمكن للزوجين إستخدامها فى المستقبل . وتفحص المشاعر الرقيقة التى تظهر خلال الأحداث أيضاً من أجل التوضيح للزوجين طبيعة الإختلاف المتعلق بهذا التفاعل ، الذى أدى إلى الإستجابة الإنفعالية لكل منهما .

وإذا أخذنا فى الإعتبار إن عمل التقبل بهذا الشكل عادة ما يتم فى المشاكل المزمنة والمتكررة الحدوث فإن أفضل الإستراتيجيات – عندما تسير الأمور بشكل جيد بين الزوجين – هى البدء فى إعدادها لإحتمال الإنتكاس . وخلال مرحلة العلاج عندما يبدأ الزوجين فى الشعور إيجابياً نحو علاقتهما ، ويصبحان بالتحديد حساسان للتأثر المدمر للإنتكاسة . إن النظرة المستقبلية للزوجين قد تصبح مشرقة بعد فترة من التفاعلات الإيجابية ، وإن أى إنتكاسة قد تترك كلا الشريكين يشعر بفقدان الأمل والهزيمة . لذلك يصبح من الضرورى فى مثل هذه الأوقات مناقشة المعالج مع الزوجين إحتمالية الإنتكاس . وهذه الأحداث يجب أن تكون متوقعة ومتكيفاً معها ، كما أن إستجابات أى شريك يجب أن تناقش بالتفصيل . وقد يبدو أنه من غير المناسب هدم أحلام الزوجين بهذا الشكل ، ولكن التجربة أوضحت أن هذا أقل تدميراً من السماح للزوجين بغض الطرف عن إحتمال ظهور المشكلة مرة أخرى ، والتى كان من الممكن توقعها بسهولة .

تنمية التقبل العاطفي من خلال بناء التسامح :

بالنسبة لعديد من الأزواج الذين يحضرون للعلاج ، يحاول كل منهم جاهداً تغيير بعض الجوانب فى الشريك الآخر . ويعرف كل طرف منهم أشياء معينة عن الآخر، ويقتنع بأنها السبب فى جميع مشاكل العلاقة بينهما . وعند تعرف هذه الأمور يبدأ الصراع لتغييرها . وعادة ما يقال للشريك أن السلوك الذى يقوم به خطأ ، أو غير منطقى ، وذلك على أمل أن التنبيه سيساعد ببساطة على تغيير الأمور . وعندما تؤدى هذه الإتهامات بدلاً من ذلك إلى الغضب والمقاومة ، فهى دليل على أن الشريك عنيد وغير مهتم . والإستنتاج الذى يستخلصه الفرد هو أنه إذا كان شريكه يحبه فعلاً ، فيجب أن يتقبل هذا الإنتقاد بسرور ويتغير فوراً . ولكن للأسف فإن هذه الإستراتيجية تؤدى إلى زيادة تكرار النزاعات ، وإلى الإبتعاد أكثر بين الشريكين ، بدلاً من أن تؤدى إلى أى نوع من الوفاق أو الصلح . وكل منهما سيقع فى شرك الصراع اليأس لتغيير الشريك الآخر أو ليقاوم التغيير ، وحالة اليأس هذه هى التى يجلبها الزوجين عادة معهما عند العلاج . وعندما يأتى الزوجان عادة لمكتب المعالج ، فإن كلاً منهما يأمل أن المعالج سيأخذ جانبه ويؤيده ، ويساعده على إقناع الطرف الآخر بأن طريقته وسلوكه هو الخطأ .

وبدلا من أن يأخذ المعالج جانب أى طرف ، فإنه يركز على مساعدة الزوجين على ترك الصراع لتغيير كل منهما للآخر ؛ فهو يهدف مساعدة

الزوجين على رؤية معظم الألم المتولد كنتيجة مباشرة لصراعهم غير المثمر ، وأن التخلى عن الصراع يساعد على تخفيف معظم الألم . وعادة ما يكون من السهل قول ذلك ، ولكن من الصعب تطبيقه ؛ خاصة وأن الزوجين سبق أن مارسا مثل هذا الصراع لمدة طويلة . إن الصراع يصبح جزءاً أساسياً من العلاقة بينهما ، بحيث يصعب جعل الزوجين يتراجعان إلى الوراء لرؤيته بوضوح وراحة كاملة . ومن الضرورى التخلى عن الصراع لبناء التسامح والتحمل ، بالإضافة إلى أن ترك الصراع كافٍ بحد ذاته لبناء التسامح .

وإحدى إستراتيجيات مساعدة الزوجين على التخلى عن الصراع ، هى تقصير دائرة دوافعهم للإنشغال فى الصراع . وعادة ما يكون الدافع خلف محاولة تغيير سلوك معين يكمن فى إدراك هذا السلوك على أنه هجومى أو دليل عدم إهتمام أو إفتقار إلى التقبل . وعلى سبيل المثال ، ففى حالة الزوج مايك والزوجة (سوزان) ، فإن (مايك) يحاول جاهداً أن يجعل سوزان تعود إلى البيت فى الموعد المحدد بعد العمل مباشرة ، وهو أمر نادراً ماتقوم به . إن محاولاته لجعلها تتوقف عن ا لرجوع إلى البيت متأخرة ، تراوحت بين الشكوى من هذا السلوك والعبوس وإتهامها بأنها لاتحبه إلى التهديد بتركها . وهذا النوع من التذبذب نتيجة للصراع من أجل التغيير ، والذى إمتد لوقت طويل . وسوزان من جانب آخر ، ترى أن محاولات (مايك) لجعلها تعود إلى البيت فى الموعد المحدد هو هجوم على إستقلاليتها ؛ لذلك فهى غير مستعدة للإستسلام لمطالبه ، وتقاوم بشدة كل محاولاته لجعلها تعود إلى البيت مبكرة .

التقبل العاطفى من خلال بناء التسامح والتحمل يمكن تنميته بعدة طرق فى هذه المرحلة مع (مايك) وسوزان ، وإحدى الطرق هى تزويدهما بصورة كاملة عن المتغيرات ، التى تتحكم فى رجوع سوزان متأخرة إلى البيت ومحاولات (مايك) لجعلها تأتى إلى البيت مبكرة . ويركز كل شريك حالياً بشكل كامل على الجوانب السلبية لسلوك الطرف الآخر . كل منهم يرى أن الآخر يتعمد إيذاءه ولا شىء غير ذلك ويقوم المعالج بإلقاء الضوء على العوامل المعقولة أوالمفهومة التى تؤدى إلى التصرفات ، التى يرى كل منهما أنها غير مرغوبة فى الطرف الآخر .

ومايك يريد من سوزان أن تأتى إلى البيت فى الوقت المحدد لأنه يعتقد أن الرجوع المتأخر إلى البيت يعنى أنها لاتحبه ، وأنها تفضل البقاء فى العمل بدلاً

من أن تقضى وقتاً أطول معه كما يجب . ويركز المعالج على إلقاء الضوء على مشاعر عدم الأمان الزواجى عند مايك وشكه فيما إذا كانت سوزان تحبه فعلاً. وشكاوى مايك بشأن العودة المتأخرة للبيت أصبحت مقبولة أكثر من سوزان ؛ لأنها بدأت ترى أنها نتيجة للحاجة إلى إعادة الطمأنينة وليس الرغبة فى تقييد إستقلاليتها .

تبقى سوزان عادة متأخرة فى العمل لأن عملها يوفر لها الشعور بالإنجاز والهدف ؛ فهو مصدر لكل من المتعة والإحساس بالمعنى بالنسبة لها ، وإن تفانيها فى عملها لايعكس بأى حال من الأحوال عمق حبها لـ مايك ، أو مقدار الإستمتاع الذى تشعر به عندما يقضيان الوقت معاً . خلال العلاج أصبح واضحاً لـ مايك أن تفانى سوزان فى عملها ، ليس بسبب رغبتها فى الإبتعاد عنه ؛ بل لأن العمل يجلب لها المتعة والإحساس بالقيمة . وعودة سوزان متأخرة للبيت أصبحت أكثر قبولاً لـ مايك ؛ خاصة وأن ثمة وسائل أخرى لإعادة الإطمئنان عن جودة علاقتهما أصبحت متوفرة له .

والأزواج المتكدرين يشابهون المكتئبون فى أن لديهم ميلٌ للتركيز بشدة على الجوانب السلبية فى سلوك شركائهم ، وإن أى إشارة غير حساسة أو فعل غير مقصود يصبح دليلا على جميع الأشياء الخطأ فى علاقتهما ؛ فالدافعية لذلك عادة مايستدل عليها ولاتتأكد ، وهى تدل على الأنانية أو الأذى المقصود . وفى هذه الحالة ، ، فإن المعالج يعمل على توفير صورة كاملة عن المتغيرات التى تتحكم فى كل سلوكيات الشريكين . وبما أن الشريكين نفسهما غير قادرين على روية ماوراء الدافعية السلبية المستدل عليها عند الشريك الآخر ، فإن المعالج يساعد على الإشارة إلى المصادر الأخرى للدافعية ، ويبين أنها أقل سلبية وأكثر فهماً . الدافعية وحدها ليست دائماً ، التى تجعل سلوك الشريك مؤذياً وماكراً . لأن السلوك السلبى قد يكون خاضعاً لسيطرة مشاعر الأذى ، ومشاعرِ عدم الأمان ، أو ببساطة هو جهل بالسلوك الذى يؤثر فى الشريك . وعندما توضح هذه المصادر الأخرى للدافعية ، وتدمج فى أحد الأنماط العامة للزوجين ، فإن السلوكيات التى تم الكشف عنها قبل ذلك على أنها غير محتملة تصبح أكثر قبولاً . ومن المهم الإشارة إلى أن ذلك ليس بالضرورة نتيجة لأن أشكال السلوك نفسها قد تغيرت ، ولكن لأن السياق الذى تظهر فيه حالياً قد تغير . وإذا كان هذا التدخل بالذات ناجحاً ، فإن ظهور هذه السلوكيات السلبية يحتمل النظر إليها على أنها عرض لأنماط أخرى

مفهومة ، بدلاً من أن تكون عرضاً لكل الأخطاء فى العلاقة . لذلك فإن التغييرات الملاحظة هى أكثر إحتمالاً لأن تكون على المستوى الفكرى ، بدلاً من أن تكون فى مستوى بعض السلوكيات السلبية نفسها .

إعادة التوكيد الإيجابي

الإستراتيجية الأخرى لزيادة التسامح والتقبل هى الإشارة إلى المميزات الإيجابية للسلوك السلبى ، ويعمل هذا على زيادة التسامح والتقبل عن طريق تقليل ظهور الجوانب السلبية للسلوك على حساب الجوانب الإيجابية . على سبيل المثال ، إن مايراه أحد الشريكين حالياً على أنه إرتباط أكثر من اللازم مع الأصدقاء قد يكون هو الصفة الإجتماعية التى جذبته للطرف الآخر فى بداية العلاقة . أو أن مايراه الشريك حالياً على أنه رجعى ومتخلف قد يكون هو الإستقرار الذى جذبه للطرف الآخر أولاً . إن مهمة المعالج هى التوكيد على هذه العناصر الجذابة الأولية ، التى تساعد الزوجين على تقدير المظاهر الإيجابية لما يعتقد الآن أنه سلوك سلبى إلى حد بعيد . إن الإختلاف الأساسى بين هذا الأسلوب والإستراتيجية التقليدية التى تستخدم فى إعادة التنظيم هو :

(١) بدلاً من وصف السلوك السلبى على أنه إيجابى بشكل كامل ، فإن المعالج يستمر فى الإعتراف بالجوانب السلبية للسلوك مع إلقاء الضوء على الجوانب الإيجابية فيه .

(٢) يؤكد المعالج المميزات الإيجابية فقط والظاهرة فعلاً للزوجين .

إن الغرض ليس تغيير إدراك الشريك للمشكلة من أنها سالبة تماماً إلى إنها إيجابية تماماً ، ولكن لتزويدهم بصورة متكاملة تشمل جوانب إيجابية وسلبية معاً .

الإختلافات المكملة لبعضها البعض

عادة ماتخلق الإختلافات توازناً . والإجتماعية التى يتصف بها شخص ما قد توازن الإستقرار للشخص الآخر ، وإهتمام أحد الأشخاص بالتفاصيل قد يوازن تهور أو إندفاع آخر . ومن الممكن عرض هذه الإختلافات على أنها جزء من السبب الذى يجعل العلاقة بين شخصين حيوية . إذا كان هذا التوازن مفقوداً ، فإنه قد يؤدى إلى متاعب أكثر مما يسببه فى الوقت الحاضر ، وهذه الإختلافات قد تصبح جانباً إيجابياً فى علاقة الزوجين ، وقد تكون شيئاً يفخران به ويشعرهما بالقرب ، بدلاً من أن يكون شيئاً مهدداً ومدمراً لهما .

الشرح الآتى هو مثال على محاولة بناء التسامح والتقبل عن طريق التركيز على طبيعة تكامل الإختلافات بين الزوجين .

يستخدم المعالج فى هذه الحالة إستراتيجيات حل المشكلات مع الزوج «روبرت» والزوجة «ميليسا» ، ولكن بسبب طبيعة المشكلات بين الزوجين ، فإن المعالج إنتقل إلى تنمية التقبل العاطفى .

المعالج : دعنى أسألكما سؤالاً ، هل إحدى المشكلات بينكما هى أنكما تختلفان فى وضع أفضلية للأشياء ؟ مثلاً (الكلام موجه نحو روبرت) ربما أنك تهتم بأداء المهام أكثر مما تهتم هى .

الـزوج : بالتأكيد .

المعالج : (موجه كلامه للزوجة) وأنت قد تهتمين بقضاء وقتكما معاً بدون هدف محدد ، أكثر مما يهتم هو .

الزوجة : بالتأكيد .

الـزوج : نتيجة لعدم وجود أولويات لدينا . أعتقد أن هذه هى مشكلتنا الأساسية . وبعبارة أخرى أننا حالياً نسعى لبيع المنزل . ما مدى الأولوية فى ترك هذا المكان والإنتقال إلى مكان آخر ؟ إذ كان لهذا أولوية كبيرة ، فإننا نحتاج إلى توضيح الهدف ، والعمل معاً ، وتخطيط المهام التى يجب أن ننجزها لكى نبيع البيت . عدة مرات تقول (انس هذه المهام . إنه يوم جميل، هيا لنذهب ونفعل شيئاً آخر) ، ولكن هذا الهدف لازال معلقاً هنا ، ونحن الآن نهمله . ما الشيء الأكثر أهمية الذى يجب أن نركز عليه اليوم ؟ والآن إذا كان لدينا قناعة بأنه فى كل يوم مشمس ، يجب أن نخرج لكى نمتع أنفسنا أو أى شيء ، وإن هذا أهم بكثير من بيع البيت وترك هذا المكان ، هذا جيد . بمعنى أنه الآن لدينا أولويات وهى أكثر أهمية من بيع البيت . ولكن إذا كان بيع البيت هو الأكثر أهمية ، فإننا يجب أن نتذكر بأن نعطيه أهمية ونضع أولويات للأمور . ونمضى قدماً لتحقيق أهدافنا . تماماً مثل فكرة إنك ستتقاعد يوماً ما ، يجب أن يكون لديك أولويات ، أو أنك لن تشترى هذا ، أو أنك لن تفعل هذا ، لذلك يوماً ما ستصل إلى الهدف .

الزوجة : أشعر كأنى أستمع إلى موعظة .

المعالج : حسناً ، يمكن أن أخمن بحذر ، (موجها كلامه إلى الزوجة) أنه يحتمل أن لديك صعوبة فى مفهوم الأولويات ؛ لأنها بالنسبة لك تتضمن تقييداً لحرية الفرد فى التصرف بعفوية .

الزوجة : نعم ، أنا لا أفضله .

المعالج : (موجه كلامه إلى الزوجة) لذا فإذا كان المطلوب منك كتابة وصف عن الكيفية التى تودين بها أن تسير حياتكما ، فإنك قد تقولين (نعم أن بيع البيت له أولوية عليا ، ونحن نريد فعلاً بيعه ، ولكن إذا كان هناك يوم مشمس ، فأنا أريد أن أوقف كل شيء وأستمتع باليوم) .

الزوجة : لأن اليوم المشمس نادر الحدوث ، أليس كذلك ؟

المعالج : وهذا قد يكون هو الإختلاف بينكما وهذا مثير .

(موجها كلامه للزوج) هل يكون عدلاً إذا قلنا إنك من النوع الذى إذا كان لديه هدف ، وكان هو الهدف الأساسى فإنك لن تجعل أى شيء يتداخل معه حتى تنتهى من تحقيقه .

الزوج : أنا لن أقول أى شيء ، ولكن أنا ....

المعالج : ولكن أنت أكثر فى هذا الإتجاه منها .

الزوج : حسناً ، نعم .

المعالج : إن المهم بالنسبة لك هو أن تضع أولوياتك فى قائمة ، ثم تمضى قدماً محاولاً تحقيقها ، وأنك لن تجعل أى شيء يقف عائقاً فى طريقك .

(موجه كلامه للزوجة) إن قيمك مختلفة . إن قيمك هى ، إنك على الرغم من أن لديك أهدافاً ، إلا إنك من النوع الذى لايكترث بشأنها ، وإذا كان الجو جميلاً فإنك تفضلين الإستمتاع به . إنك تتمنين أن يكون مثلك غير مكترث .

(موجها كلامه للزوج) وأنت تتمنى أن تكون هى مثلك . ولكن على الرغم من أن ذلك هو مصدر للصراع الآن ، إلا أن الفرد قد ينظر إليه

على أنه إختلاف مثير بينكما ، ويمكنكما الإستمتاع به بدلاً من أن تشكوان منه .

على سبيل المثال (موجه كلامه للزوجة) إن وجود روبرت فى حياتك جعلك بطريقة ما غير مكترثة أكثر ، لأنه سيهتم بأداء كل شيء .

(موجهاً كلامه للزوج) ووجود (ميليسا) فى حياتك هو كبح تماديك فى الصرامة ، لأنه إذا كان لها رأى فى الموضوع ، فإنه سيكون هنالك عفوية وسذاجة فى حياتكما . لذلك يمكنكما رؤية هذه الإختلافات بينكما كمصدر للقوة إضافة إلى أنها مصدر للصراع . هذا لايعنى أنها ستؤدى إلى تدمير زواجكما . وقد تكون نعمة وقد تكون شيئاً حسناً .

(موجه كلامه إلى روبرت) إنك قد تعيش أطول لأنها موجودة معك لتأخذك فى نزهة ، ولاتجعلك منهمكاً دائماً فى العمل . وهذا جيد لك على المدى الطويل .

وأنت (موجهاً كلامه للزوجة) قد يبقى لديك بعض المال عند التقاعد بسبب وجوده معك ، وبالتالى فهذا زواج جيد من هذه الناحية .

الزوج : هذا أحد الأشياء التى أحبها فيها ، إنها لاتجعلنى دائماً منهمكاً فى العمل .

لاحظ أن نتيجة مثل هذا التدخل أظهر لكل طرف جانباً مفيداً من الأمر، الذى كان يدركان أنه سلبى فى الشريك الآخر . إضافة إلى ذلك ، سمح لكل شريك بأن يشعر بشكل حسن تجاه بعض الجوانب فيه ، والتى كان يعتقد حتى الآن أنها مصدر للصراع بينهما . هذا التدخل لايؤدى بالضرورة إلى تغيير هدف الزوج أو عفوية الزوجة ، ولكنه يخلق جواً ، يصبح فيه كل منهما أقدر على التحمل والتسامح لخصائص الشريك الآخر .

التهيئة للإنتكاس

حتى العلاج الناجح يتميز بتقدم غير منتظم وإنتكاس فى بعض الأحيان . وعندما نأخذ حتمية الإنتكاس الواقعى فى الإعتبار والتأثير المدمر له على العلاقة، فمن المهم جداً أن يعد المعالج الزوجين لهذه الظروف . وهذا مهم خاصة فى الفترة الاولى من التغيير ، عندما يكون الزوجان ميالين إلى الإعتقاد بأن التغييرات لايمكن أن تنتكس ، وخلال هذه المرحلة من العلاج ، يأتى الزوجان إلى

الجلسة ، وهما متحمسان للتقدم الذى حققاه ؛ خاصة إذا كانا قد أمضيا أسبوعاً جيداً . عموماً هذا هو الوقت الذى يركز فيه المعالج على إعداد الزوجين لإحتمال الإنتكاس . ويهنىء الزوجان على التقدم الذى أحرزاه فى العلاج ، ثم يحذرهما من أن الإنتكاس لازال محتمل الحدوث . ويطلب منهما التفكير فى الظروف المختلفة ، التى قد يظهر فيها الإنتكاس ، والعمل على مواجهة هذه الإنتكاسات مقدماً . والإستعداد للتعامل مع هذه الإنتكاسات ، وعندما يكون الزوجان منسجمين فإن ذلك يساعد على بناء التسامح والتحمل لهذه الأحداث . وهذه الإستراتيجية تقع ضمن قاعدة بناء التسامح والتحمل ، لأن الزوجين تم تهيئتهما ضد عودة الأنماط السلبية . ولكن إذا لم يزداد تحملهما للإنتكاس ، فإن الإنتكاس قد يؤدى إلى اليأس والإحباط.

التظاهر السيء الزائف

الإستراتيجية الأخرى لبناء التحمل والتسامح تشمل توجيه الزوجين ؛ لكى يتظاهرا بسلوك سلبى فى البيت . وتعطى تعليمات لكل شريك ؛ ليقوم بسلوك سلبى معين فى أى وقت خلال الأسبوع القادم ، عندما يشعر بأنه لايرغب فى القيام به . وتعطى هذه التعليمات فى وجود الشريك الآخر ؛ حتى يعرف كل شريك أن بعض السلوك السلبى فى المستقبل قد يكون مزيفاً وغير حقيقى . ويدخل التظاهر كعنصر للغموض فى الأحداث المستقبلية السلبية ، التى قد تتداخل مع إستجابات الزوجين التقليدية أو النموذجية ، كما يتضمن توفير إدراك لهما عن نماذجهم النمطية . إضافة إلى ذلك ، فإن التظاهر يعطى كل شريك الفرصة لملاحظة تأثير سلوكه السلبى فى الوقت الذى يستطيع أن يكون فيه متعاطفاً . وتعطى تعليمات للشريك المتظاهر بالسلوك السلبى لجعل الشريك الآخر يعرف أن مايقوم به هو سلوك متظاهر ، وذلك مباشرة بعد بدء السلوك ؛ حتى نتجنب تصاعد الأمور ، ونسمح للزوجين بمناقشة ردود أفعالهم .

يبين المثال التالى كيفية توضيح هذه المهمة للزوجين . ويدور الموضوع الذى يناقش مع هذين الزوجين حول شكوى الزوجة آن المتكررة من الطقس فى مدينة سياتل (المدينة التى يعيش فيها الزوجان) وإستجابة الزوج ويل إلى بعض الأماكن ، التى يكون الطقس فيها أسوأ مما هو موجود فى المدينة التى يعيشان فيها .

المعالج : النقطة الأساسية هى أن تكون واقعياً ، وأعتقد بأنك مهما عملت بجد، فإن هذا التقييد تلقائى ، ويحدث بسرعة مما يجعلنا نتقبل أنه سيحدث . محتمل أنكما قد لاتستطيعان التخلص من هذه التبادلات ، على الرغم من أنكما قد تستطيعان التقليل من تكرار حدوثها . عندما نأخذ فى الحسبان إن هذه التبادلات لايمكن تجنبها ، فإن السؤال هو ماذا تستطيعان أن تفعلان للتقليل من الضرر الذى تسببه على العلاقة بينكما ؟ وأحد الأمور التى أود أن تقومى بها خلال الأسبوع (موجهاً كلامه للزوجة) هى الشكوى من الطقس عندما لاتشعرين بالضيق منه . وأريدك أن تراقبى تأثير ذلك عليه فى الوقت الذى لاتشعرين حقيقة أنه سيء وبالتالى يمكنك بموضوعية رؤية مقدار الألم عنده .

الزوج : أى وقت خلال عطلة نهاية الأسبوع سيكون مناسباً .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوج) يكون الأمر معقولاً أكثر إذا قامت به عندما لايكون الطقس جميلاً . إذا كان الطقس جميلاً ، فيحتمل أنك ستدرك بأنها تقوم بتمثيل السلوك فقط .

الزوجة : هل تعرف ، إن الموضوع أعمق من ذلك . هو أعمق من أن يتجاوز مجرد تعليقى ورد فعله تجاهه . إنه أمر سيء جداً أن يقوم برد فعل دفاعى ، حتى لو لم أقل أى شيء . أعنى أنه يراقب الطقس فى طوكيو فى نشرة الأخبار فى التليفزيون ويخبرنى كيف أن الطقس غير مناسب فى الساحل الشرقى وأنه جيد هنا، هل تعرف أنها قد تمطر السماء هنا لمدة ٤٥ يوماً متواصلة ولانرى الشمس لمدة شهرين ، وقد تمطر فى (دنفر) ، ولايستطيع الإنتظار حتى يعود إلى البيت ليخبرنى بأن هناك مطراً فى (دنفر) أو أى مكان آخر . أعنى أن الأمر سيء إلى هذه الدرجة ، هو دفاعى حتى لو لم أقل شيئاً .

المعالج : حسناً ، هذا أيضاً سيكون جزءاً من المهمة المطلوبة منكما ، ولكن ما أتمنى أن يحدث هو أنه فى أى وقت خلال الأسبوع ، وعندما يكون (ويل) غير متوقع حدوث ذلك ، قومى بتعليق ساخر عن الطقس فى مدينتكم (سياتل) ، فى الوقت الذى لاتشعرين فيه بالضيق من الطقس .

الزوجة : حسناً .

المعالج : أنا أفترض بأنه سيقوم برد الفعل الدفاعى نفسه الذى يقوم به دائماً، ولكنك لن تكونى متضايقة ، لذلك يمكنك رؤية دفاعه . ما أمله هو أن هذا سيكون أكثر تعاطفاً لك ، ولكنك لن تكونى متضايقة . ستكونين أقدر على ملاحظة رده بموضوعية ، وقد تتعاطفين أكثر مع مأزقه عندما تتصرفين بهذه الطريقة . بعد فترة قصيرة من تصرفه بدفاعية ، أعتقد أنه يجب أن تقولى له أنا فقط أمزح، هذه كانت المهمة المطلوبة منا فى العلاج حتى لاتتحول إلى خلاف بينكما. (موجهاً كلامه للزوج) وإذا كان من الممكن لك أن تنسى كل ماقلناه حتى لاتسير وأنت متوقع أنها ستقول شيئاً ما . ما أوضحه هنا هو وضعها فى موقف تستطيع فيه أن ترى إستجابتك ، فهى ستشكو فى وقت لن تكون متضايقة فيه ، وبالتالى قادرة على أن تكون متعاطفة أكثر مع المأزق الذى تكون أنت فيه عندما تقوم هى بهذه الإستجابات .

المقصود هنا هو إن (آن) ستشتكى من الطقس ، عندما لاتكون متضايقة منه ، وأنها ستراقب رد فعل (ويل) . وبعد عدة دقائق ستخبره بأنها تتظاهر بهذا السلوك .

الزوج : (موجهاً كلامه للزوجة) يجب أن تستخدمى كلمة (تظاهر) ؛ حتى أعرف أنها المهمة المطلوب منا أداءها . لاتقولى (أنا فقط أمزح) لأنك تقولينها بكثرة .

المعالج : حسناً ، الآن جاء دورك لتعرف ماهو المطلوب منك .

فى أى وقت خلال الأسبوع أود منك أن تخبرها بمدى رداءة الطقس . خذ خريطة للطقس وأشر إلى كل الأماكن التى يكون الطقس فيها أسوأ من (سياتل) مدينتكم .

الزوجة : لقد فعل ذلك هذا الصباح .

المعالج : حسناً ، ولكن أفعل هذا فى الوقت الذى لاتشعر فيه حقيقة بأنك مضطر لأن تريها أى شىء عن الطقس ، تظاهر بذلك . قم به فى الوقت الذى لاتشعر فيه بأنك دفاعى . إنك تفعله بسبب المهمة المطلوبة منك ، وأريدك أن تراقب تأثيره على (آن) .

الزوجة : أنا عادة أتغاضى عن ذلك .

المعالج : نعم ، ولكن لغة جسمك تظهر ذلك .

الـزوج : لقد فعلتُ ذلك هذا الصباح .

الزوجة : وأنا تغاضيت عنه .

الـزوج : أنا لاأصدق ذلك . إنه حار جداً ، ودرجة الحرارة عالية فى الساحل الغربى وفى البحيرات العظمى . ولكنهم يقولون إن الثلج غداً سيكون إرتفاعه من ٤ إلى ٥ بوصات . أنا جالس هناك وفى حالة خاطفة أتحدث عن أمور متناقضة ، وأنا أحاول فقط أن أبين لها التطرف ، وهى تشعر بالبرد و ....

الزوجة : لا ، لم أشعر .

الـزوج : أنت إنتصبت خلف ....

الزوجة : كان يمكن أن أهتم بشكل أقل ، كنت فقط اعتقد أن ....

الـزوج : ولكن فى المرة القادمة سأتذكر لأقول بأنى أتظاهر .

المعالج : حسناً ، (موجهاً كلامه للزوج) هل ستشير إلى جميع الأماكن فى العالم ، أم فى الولايات المتحدة الأمريكية فقط ؟

المعالج : جميع الأماكن فى الولايات المتحدة الأمريكية .

هذا المثال يوضح جميع العناصر المهمة التى تظهر هذه المهمة .

المعالج يحدد السلوك السلبى الذى يجب التظاهر به ، وأيضاً يخبر الزوجين بالأساس المنطقى لهذا الواجب . إضافة إلى ذلك يسجل الواجب المطلوب منهم أداءه لمساعدتهما على تذكر ما الذى يجب عليهما أداءه بالضبط . لاحظ أنه على الرغم من أن المعالج أخبر الزوج ألا ينتبه للمهمة المطلوبة من الزوجة ، إلا أن الزوج لايستطيع عدم التأثر بما سمع . وكما هو ملاحظ من قبل ، فمن المتوقع إن يقدم هذا عنصر شك لهذا النوع من التفاعل السلبى ، وكذلك يتداخل مع إستجابة الزوج النمطية لشكوى الزوجة عن الطقس . وبالنسبة لهذين الزوجين فإن الإدراك المتوفر من هذه المهمة يعمل على التدخل مع إستجاباتهما النمطية تجاه بعضهما البعض . ونتيجة لذلك ، فإن الشكاوى من الطقس لم تعد تؤدى إلى تفاعلات

سلبية طويلة ، كما كانت تؤدى فى السابق .

وهناك ثلاث طرق يمكن بها لتدخلات تنمية التسامح أن تساعد فى تحسين العلاقة بين الزوجين ، أولاً : هذه الطرق تنمى التقبل بالطريقة التى يقترحها منطق هذه التدخلات . ثانياً : أنها يمكن أن تغير شكل ووظيفة الأنماط القديمة . لذلك ، ومع أنها تستمر فى الحدوث إلا أن تأثيرها يتغير . ثالثاً : أنها قد تودى إلى إنهاء الأنماط (بمعنى التغيير) . وعندما تزول وظائف الأنماط القديمة ، فإن السلوكيات نفسها قد تختفى . إن قوة تنمية التسامح تكمن فى أن هناك كثيراً من الطرق المختلفة يمكن بها تنمية التقبل أو التغيير .

التقبل العاطفي من خلال الإعتناء الشديد بالذات

إن تنمية الإعتناء الشديد بالذات هى الإستراتيجية الأخيرة للتقبل المذكور فى هذا الفصل . وتتم تنمية الإعتناء الشديد بالذات فى العلاج الزواجي السلوكى المتكامل عن طريق تشجيع كل شريك على تحمل مسئوليته الشخصية عن حاجاته الخاصة . ولسوء الحظ ، ليس من الممكن تلبية جميع حاجات الفرد فى جميع الأوقات من قبل شخص واحد فى أى علاقة . ولكن بتشجيع كلا الشريكين على تحمل المسئولية الشخصية عن حاجاتهم الخاصة ، فإن المعالج يغير الإستجابة المعتادة من عدم الرضا . وسيكون كلا الزوجين أكثر إحتمالاً لأن يستجيب بإظهار حاجاته الخاصة بشدة ، وأقل إحتمالاً للإستسلام للغضب من عدم كفاءة الشريك الآخر ، حتى بالنسبة للحاجات التى لابد من أن تشبع من خلال العلاقة (مثل الحاجات الجنسية) ، فإن هذا الإنتقال فى المسئولية يشجع كل شريك على أن يأخذ دوراً فعالاً فى السعى لإشباع هذه الحاجات . ونتيجة لذلك ، فإن الشريكين أقل إحتمالاً لأن يلوم كل منهما الآخر على الإستياء بينهما ، وأكثر إحتمالاً لتحقيق حاجاتهم . ويجب تأكيد أن تحمل المسئولية عن الحاجات الخاصة لايعفى الشريكين من المسئولية عن فعل كل مايستطيعان لجعل العلاقة بينهما ناجحة .

والتحول فى المسئولية من الشريك إلى الذات ، مفيد أيضاً بشكل خاص فيما يتعلق بالتفاعلات السلبية . وعند الأخذ بمسئوية الإعتناء بالذات ، فإن كلا الشريكين سيكون قادراً على التدخل الحازم لمصلحتهما الخاصة فى فترة التفاعلات السلبية . والاعتناء بالذات قد يأخذ شكل ترك التفاعل السلبى لفترة معينة من الزمن، أو تعديل شكل أو إتجاه الموقف السلبى . وإذا أخذنا النقاش

السابق فى الإعتبار فيما يخص أنماط الزوجين ، فإن الإعتناء بالذات قد يشمل أيضاً إعادة تعريف التفاعل السلبى على أنه تراجع مؤقت أو مثال على النمط المعتاد . إن إعادة التعريف بهذه الطريقة ، قد تسهل على الشريك إستغلال الوضع دون التورط بيأس .

إستراتيجيات تنمية التغيير

تبادل السلوك

إن تبادل السلوك هو الإستراتيجية الأولى المطبقة فى العلاج الزواجى السلوكى ، والأزواج الذين لديهم كدر متوسط ، يبقى تبادل السلوك بينهما هو الطريقة المثلى لبدء العلاج . إن نجاح تبادل السلوك يعتمد بشدة على درجة التعاون المتوقعة بين الزوجين ، لذلك ففى الحالات التى يكون فيها مستوى الكدر بين الزوجين عالياً ، أو يكون إلتزامهما بالعلاقة منخفضاً ، من الأفضل بدء العلاج بتأكيد تنمية التقبل . وإذا كان الشريكان غاضبين ومستاءين ، فسيكون لديهما دافع قليل للمشاركة فى نوع من التفاعل الإيجابى ، والذى هو جوهر إستراتيجية تبادل السلوك . لذلك ففى العلاج الزواجى السلوكى المتكامل ، يطبق تبادل السلوك عادة لاحقاً ، بعد تحقيق مقدار مناسب من التقبل . إضافة إلى ذلك ففى العلاج الزواجى السلوكى المتكامل ، يطبق تبادل السلوك عادة لاحقاً ، بعد تحقيق مقدار مناسب من التقبل . إضافة إلى ذلك يهتم العلاج الزواجى السلوكى المتكامل بشكل أقل بالنجاح الفورى لتبادل السلوك عنه فى حالة العلاج الزواجى السلوكى. وفى هذه الحالات عندما يكون تدخل إستراتيجية تبادل السلوك غير ناجح فى زيادة تكرار حدوث التفاعلات الإيجابية بين الشريكين ، فإن تبادل السلوك يخدم كتشخيص للمجالات التى تحتاج إلى إحداث تقبل عاطفى أكثر .

إن الهدف الأساسى لتبادل السلوك هو زيادة نسبة حدوث التفاعلات الإيجابية ، التى تظهر يومياً فى العلاقة بين الزوجين . وعادة مايكون الزوجان منعزلين عندما يبدأن العلاج ، بمعنى أنهما لم يعودا يفعلان لبعضهما حتى الأشياء البسيطة ، التى قد تزيد من رضائهم العام عن علاقتهما معاً . عموماً ، فإن تبادل السلوك يعنى الإجراءات التى تساعد الزوجين على الإستفادة من القدرة المتبقية لديهما لزيادة رضا كل منهما عن العلاقة بينهما ، من خلال التصرفات الإيجابية البسيطة . إن زيادة التفاعلات الإيجابية تساعد على تخفيف ميل

الزوجين المتكدرين للإهتمام بالجوانب السلبية فقط فى علاقتهما . إضافة إلى ذلك، فعلى الرغم من أن تخفيف السلوك السلبى لم يذكر بوجه خاص فى تبادل السلوك ، فقد وجد أن زيادة السلوكيات الإيجابية ترتبط بإنخفاض السلوكيات السلبية .

وقد صممت إجراءات تبادل السلوك لكى يكون لها تأثير قصير الأمد ولكن سريع. إن الزيادة السريعة فى كمية التفاعلات الإيجابية هى عادة أمر أساسى للزوجين اللذين يركزان بشدة على الجوانب السلبية فى علاقتهما . ويوفر هذا عادة الحاجة إلى تشجيع الزوجين والمساعده على تبنى الإعتقاد بأن باستطاعتهم تحسين نوعية العلاقة بينهما . ويحتوى تبادل السلوك عموماً على خطوتين رئيسيتين ، الأولى : هى تعرف الأشياء التى يستطيع كل شريك القيام بها لزيادة رضا الشريك الآخر عن العلاقة بينهما ، دون الحاجة إلى تغيرات شخصية قد تعتبر مكلفة جداً . الثانية هى محاولة زيادة تكرار مثل هذه السلوكيات فى الحياة اليومية للزوجين . إن الواجب الأساسى المطلوب من كل شريك هو أن يقوم مستقبلاً بإعداد قائمةٍ بالأشياء التى يستطيع أداءها لزيادة رضا الشريك الآخر عن العلاقة بينهما . ويعطى هذا عادة كواجب منزلى ، ويطلب من الشريكين عدم مناقشة هذه القوائم معاً حتى موعد الجلسة التالية . ولايشجع الزوجان على مناقشة محتوى القائمة التى كتبها كل منهما ؛ من أجل التقليل من أى تهديد من قبل الآخر ؛ حتى نضمن أن كل شريك يبقى مركزاً على قائمته الخاصة ، ثم يقوم كل شريك فى الجلسة العلاجية التالية بإستعراض قائمته مع المعالج ؛ من أجل التأكد من أن كل بند تم تحديده سلوكياً وإن القائمة شاملة .

بعد مناقشة القائمة التى كتبها كل شريك فى الجلسة ، يطلب منهم تنفيذ واحدة على الأقل من الأشياء التى ذكروها فى قائمتهم فى أى وقت خلال الأسبوع القادم . ويطلب من الشريكين خلال جلسة العلاج التالية تقييم أدائهم خلال الأسبوع الماضى ، وهل ما قاما به كان له تأثير مرغوب على الشريك الآخر . أما بنود القائمة التى لايبدو أن لها تأثيراً مرغوباً فتناقش ، فإما يعاد تجربتها أو تحذف مؤقتاً . مرة أخرى يشجع الزوجان على عدم إنتقاد أداء الشريك الآخر بهدف تحقيق التوكيد على السلوك الخاص بهما . ولاحقاً فى العلاج وعندما يبدأ تأثير تبادل السلوك فى الظهور ، يحث كل شريك على إعطاء معلومات مرتدة (عائد) عن رأيه بهدف زيادة تأثير البنود الباقية فى القائمة . ومن المهم أن يتأكد المعالج

من أن هذه المعلومات المرتدة منظمة وغير إنتقادية ؛ من أجل تحقيق التركيز الإيجابى للتدخل .

وعلى مدى سنوات ، قمنا بتغيير جذرى للسياق الذى نطرح به توجيهات تبادل السلوك فى العادة . وتقليدياً ، يسأل كل شريك ما الذى يفضله كل منهما أكثر، ثم تصمم التوجيهات بحيث تساعد كل مانح (أحد الشريكين) على إعطاء أشياء كثيرة يحتاجها المستقبل «الشريك الآخر» . وسيكون التركيز الآن على المعطى ، ويطلب منه تغيير نفسه من أجل تحسين العلاقة بينهما . وهذه الطريقة فى بدء تبادل السلوك تعتبر أكثر فعالية من الطرق التقليدية . ويعتقد بأن هناك سببين لتفوق هذه الصيغة الحديثة من إستراتيجية تبادل السلوك :

(١) أنها أكثر إنسجاماً مع فكرة أسلوب التعاون (انظر Jacobson & Margolin, 1979).

(٢) أنها تزيد من إحتمال إن التغييرات اللاحقة ستدرك بشكل حسن من قبل المستقبل .

إن تبادل السلوك لايسير دائماً بهدوء ، وهناك بعض الطرق الشائعة التى يمكن أن ينحرف بها عن الخط المقرر له . إن الأكثر شيوعاً من بين هذه الطرق هو عدم الإذعان أو عدم تنفيذ الواجب المطلوب سواء من أحد الشريكين أو كليهما. وإذا حدث هذا فإنه من المهم أن يقوم المعالج بمساعدة الزوجين على فهم التدخلات التى حدثت . وعادة مايكون الجواب كالآتى أن كلا الزوجين أو أحدهما يشعر أن الآخر ببساطة لايستحق أياً من الأشياء الإيجابية التى ذكرها فى القائمة التى تم أعدادها . وفى هذه اللحظة من الأفضل عادة الإنتقال إلى إجراءات التقبل لأى حدث ، وما والذى كان سبب الإنحراف فى إستراتيجية تبادل السلوك ، ومن ثم العودة إلى تبادل السلوك عندما يكون الزوجين مرة أخرى فى وضع يسمح لهما بالإشتراك فى تبادل إيجابى . وكما لاحظنا من قبل أنه حتى لو فشل تبادل السلوك فى تحسين العلاقة بين الزوجين فإنه يوفر إتجاهاً لعمل التقبل بعد ذلك . ومن المهم عند إستخدام هذا النوع من العلاج الزواجى عدم دفع الزوجين تجاه عمل تغييرات أكثر مما يكونان مستعدان لعمله فى وقت ما . وعلى الرغم من أن فرض التغيير بالقوة قد يكون ناجحاً على المدى القصير ، إلا أنه أقل إحتمالاً لأن يؤدى إلى فوائد للزوجين على المدى الطويل .

يُظهر الوصف التالى كيفية عرض تبادل السلوك فى بداية العلاج . وبدلاً من جعل الزوجين يعدان القائمة الخاصة بهما بمفردهما ، فإن المعالج فى هذا المثال يساعد الزوج (بل) والزوجة (نانسى) على إعداد بعض البنود الأولى فى قائمتهما .

المعالج : ما الأشياء الصغيرة التى يمكن أن يقوم بها أى منكما لجعل حياة الآخر سهلة ، وأكثر متعة ، ومرحاً ، أو الحصول على أكثر مما يرغب فى الحصول عليه ، والذى كان السبب فى وجودكما هنا ؟ أريد أن أسمع فقط ما شعورك فيما تستطيع أن تقدمه لجعل الأمور مختلفة للطرف الآخر .

الزوجة : حسناً ، دع (بل) يقول أى شىء أولاً ، فأنا تحدثت كثيراً حتى الآن ، لذلك أجعله يقول شيئاً ما .

الزوج : حسناً ، أنا أبحث عن شىء صغير ، ولكن الطريقة التى أذكره بها قد لاتجعله يبدو صغيراً . أعتقد أن النقطة الجيدة التى نبدأ منها هو التوقف عن جمع الأشياء .

المعالج : لا ، لا ، لا . أذكر الأشياء التى يمكنك أن تفعلها من أجل (نانسى) .

الزوج : نعم ، ما أستطيع أن أفعله لأجلها ، وليس ماتستطيع هى القيام به لأجلى .

المعالج : هذا جيد .

الزوج : نعم .

المعالج : حسناً ، دع (نانسى) تقلق عما تستطيع عمله لك . ما الذى تعتقد أنه يمكن أن يساعد فى دعم (نانسى) ؟

الزوج : المساعدة فى البيت .

المعالج : عندما تقول المساعدة فى البيت ، ماذا تعنى بالضبط .

الزوج : أى شىء تعتقد هى أنه ضرورى .

المعالج : ماذا سيكون تخمينك عما قد تراه هى مفيداً .

الزوج : حسناً ، ربما إعداد بعض الوجبات الغذائية .. ربما المساعدة فى تنظيف المنزل .

المعـالج : هل لديك إدراك مـخـتلف عن إدراك (نانسى) عن مـاذا يعنى تنظيف المنزل . عندمـا تقول تنظيف المنزل ، هل تعتـقـد بأنك ستـقـدر على الإتفاق على ماذا يعنى تنظيف المنزل .

الزوج : لا .

المعالج : حسناً ، ماذا يعنى تنظيف المنزل من وجهة نظر (نانسى) ؟

الـزوج : سأقوم بالكنس ، وغسل الأوانى ، ربما تنظيف أرضية المطبخ . لا أستطيع التـوقف هناك ؛ لأن جزءاً من خـلافاتنا هو أنى أرفض الكنس ، عندما لاأستطيع أن أرى الأرضيـة . ولكن إذا تم نقل بعض الأمتعة أو الأشياء أقصد نقلها نهائياً وليس نقلها إلى بقعة أخرى ، فسأكون مسروراً بأن أكنس .

المعـالج : الشيء الذى أريدك أن تركـز عليه هذه اللحظة هو مـا الذى سيسـاعـد (نانسى) . والذى نريد التـحـدث عنه هو مـاذا يعنى الكنس . هذا يبـدو غير واضح إلى الآن . نريد أن نجد طريقة للحديث عنه ، بغض النظر عن عدم ميلك إليه أو الرغبة فى أدائه . أنت على الأقل تعرف ما الذى تهـتم هى به وتقـدره . أنت تعرف هذا الآن . فى هذه اللحظة أريد أن أكون واضحـاً بشأن ذلك ، وبالتـالى لاتدخلان فى النزاع حتى قبل أن تبدأن . هناك بعض الأشياء يمكنك القيام بها فى المنزل ، مثل : غسل الأوانـى ، أو الكنس . هل هناك أى شـيء آخـر ؟ تذكـر أنه ليس من الضرورى أن تلتزم بأداء أى من هذه الأشياء ، أنا فقط أرغب فى معرفة ماذا تستطيع أداءه نظرياً .

الـزوج : أكون متعاوناً فى أداء ما أستطيع لمساعدتها فى عملها ، مثل : الترتيب ، وحفظ الأوراق ، أو أى شىء ضرورى .

المعـالج : وهذا يعنى ترتيب الإستمـارات والأوراق أو تنظيم الخـزانات أو أى شـيء مشابه لذلك ؟

الـزوج : صحيح .

المعالج : ماذا أيضاً .

الزوج : فى هذه اللحظة لا أعرف ، هذا يبدو أنه شكواها الأساسية .

المعالج : نعم ، طبعاً ، أعتقد أن هذه بداية جيدة ويبدو أنك غير متأكد من الأشياء الأخرى . حقيقة قد تكون هناك أشياء أخرى ، ولكن فى هذه اللحظة أنك غير متأكد بدقة ماهى دعنا نجرب الجانب الآخر لهذا الآن . (موجهاً كلامه للزوجة) ماذا تعتقدين أنك تستطيعن عمله ويبدو أنه إظهار للإهتمام أو الدعم أو أى شيء آخر يبحث عنه (بل) .

الزوجة : حسناً ، أعتقد أنه أصاب الهدف بدقة متناهية . إذا إستطاع المساعدة فى بعض ما ذكر ، فأنا أستطيع القيام ببعض الأشياء التى يريدها هو .

المعالج : أخبرنى ما هذه الأشياء .

الزوجة : أنه يريدنى أن أكون مستعدة للخروج مع أصدقائه ، سواء كان الخروج للعشاء أو لعب الشطرنج أو الخروج لركوب الدراجة الهوائية .

المعالج : ماذا أيضاً ؟

الزوجة : أنا متأكدة أنه يرغب فى وضع الملابس فى المكان الذى يفترض أن تكون فيه ، وأنا لم أقم بذلك .

المعالج : حسناً ، الآن لدى النقاط التالية : الخروج مع الأصدقاء للعشاء أو لعب الشطرنج أو أى شيء آخر والبند الآخر هو وضع الملابس فى مكانها . هلى يمكنك التفكير فى شيء آخر ؟

الزوجة : حسناً ، إذا إستطعنا التخلص من بعض الملفات والأشياء المتراكمة ، فإن ذلك قد يؤدى إلى إزالة الكثير من الفوضى الموجودة على الأرض . كثير من أشيائى موجودة فى صناديق وليس فى ملفات ؛ لأنه لم يكن لدى وقت لوضعها جميعها فى ملفات .

المعالج : نعم ، شيء آخر تعتقدين بأن (بل) قد يقدره ويهتم به هو إبعاد بعض الملفات ووضعها فى الخزانات بدلاً من الأرض ، هل هذا صحيح ؟

الزوجة : نعم .

كما نرى ، فإن المعالج قضى وقتاً كافياً خلال هذه الجلسة فى جعل الزوجين يؤديان مهمة معينة . وعادة ما يكون من السهل على الزوجين التحدث عن ماذا يريد كل منهما من الآخر أن يقوم به أو يتوقف عنه ، أكثر من التحدث عما يستطيع كل منهما أن يقدمه للآخر . إذا كان يبدو أن الأمر كذلك مع زوجين

معينين ، فإنه عادة من الأفضل مساعدتهما على الأقل فى ذكر بعض البنود الأولية فى الجلسة ؛ من أجل التأكد من أن الهدف من الواجب الذى يكلفان به أصبح مفهوماً لهما .

الإتصال والتدريب علي حل المشكلات :

تتفاقم معظم المشاكل ، إن لم يكن كلياً بسبب الطريقة التى يتواصل بها الشريكين معاً حول موضوع ما ، أكثر من أن تكون سبب الموضوع نفسه . والإتصال الفعال هو مهارة ، وعلى الرغم من أن معظم الأزواج يتواصلون معاً بشكل حسن دون أى تدريب رسمى ، إلا أنه بالنسبة للأزواج المتكدرين ، فإن الإتصال السيء هو أحد الأسباب الرئيسية لعدم السعادة بينهما . والإتصال السيء مدمر بشكل خاص ، عندما يحاول الزوجين التفاوض بشأن بعض التغييرات فى علاقتهما .

وعادة عندما يريد أحد الزوجين بعض التغيير من الآخر ، فإن أول إستجابة لأى نوع من المقاومة هى اللجوء إلى أخذ مايريد بالجبر والإكراه . وهذا قد يأخذ شكل الميل إلى الشعور بالذنب ، والبكاء ، والتهديد ، والإمتناع عن إظهار العاطفة ، أو حتى العدوان اللفظى والبدنى . وعادة ما يستخدم الشريك الذى يحاول الحصول على التغيير أحد هذه الأساليب حتى يستسلم الطرف الآخر فى النهاية . ولكن لسوء الحظ فإن الجبر والإكراه فعال جداً ؛ إن أحد الشريكين يدعم لكونه قسرياً أو مجبراً بسبب إذعان الشريك الآخر ، والشريك الآخر يدعم لكونه مذعناً حتى لايتعرض للسلوك القسرى والإجبارى . إن إستخدام القسر والإكراه فى العلاقة دائماً مايؤدى إلى تفاقم الصراع لأن المزيد والمزيد من أشكال القسر المتطرفة تصبح ضرورية لتحقيق النتيجة نفسها (Patternson & Hops,1972)، ومن خلال هذه الأنماط المدمرة يتحول شخصان كانا متحابين ليصبحا منعزلين كجيشين متعارضين .

وقد صمم الإتصال والتدريب على حل المشكلات ليساعد الزوجين على تعلم المهارات الضرورية ؛ لمناقشة المواضيع المهمة والتفاوض على التغييرات فى علاقتهما دون اللجوء إلى أشكال من الإتصال التى يحتمل أن تؤدى إلى تدمير علاقتهما . وعلى عكس تبادل السلوك ، فإن الإتصال والتدريب على حل المشكلات لم يصمم لتنمية تغيير فورى فى العلاقة ، ولكن ليوفر للزوجين

المهارات الضرورية للتعامل بنفسهما مع مشاكل العلاقة بينهما بعد إنتهاء العلاج . بمعنى آخر ، فيما يتصل بعمل التقبل العاطفى ، فإن الإتصال والتدريب على حل المشكلات يدرب الزوجين على كيفية العمل ليكونوا معالجين لأنفسهما . إضافة إلى ذلك ، فإن الزوجين يدربان على كيفية التفاوض الفعال على التغيير الإيجابى فى العلاقة بينهما دون اللجوء إلى الأساليب القسرية المدمرة . إن التركيز فى الاتصال والتدريب لايكون كثيراً على محتوى الإتصال بين الزوجين ، بقدر مايكون على العمليات التى من خلالها يحاول الزوجين التعبير عن حاجاتهما . ومن خلال تحسن هذه العمليات ، فإن الاتصال والتدريب يعمل على منع تدهور العلاقة فى المستقبل ويطور النمو الإيجابى بعد إنتهاء العلاج . ومبدئياً يدرب الزوجين على الإتصال وحل المشكلات من حيث علاقته بمشاكلهما الحالية ، ولكن الهدف هو تعليم الزوجين مهارات فعالة يمكنهما إستخدامها فى مستقبل علاقتهما معاً . ومع ذلك فإنه من المهم التصريح ثانية بأنه على الرغم من أن تنمية التغيير قد تم بقدر الإمكان ، إلا أن الشريكين لايمكنهما التغيير كلياً لينسجما مع رغبات بعضهما البعض، ولذلك فمن الضرورى للنجاح الكلى للعلاج، أن يأخذ الإتصال والتدريب على حل المشكلات مكانه فى سياق تنمية التقبل .

التدريب على الإتصال :

يُعرض التدريب على الإتصال على الزوجين كوسائل لتعلم طرق أكثر فعالية للحديث عن الصراع والخلاف . ويبين لهما أنه مع إكتساب المهارات المناسبة ، فإنهما يصبحان قادرين على الإتصال والتحاور بصراحة وإنسجام أكثر عن علاقتهما . ويتم إخبارهما بأن هذا سيساعد ليس فقط على تقليل إحتمال تعقد وإنفجار الأمور ، ولكن على زيادة مستوى الألفة والمودة فى العلاقة بينهما بشكل عام .

ويبدأ التدريب الأولى خلال الجلسة العلاجية ، تحت إشراف وملاحظة المعالج . يتعلم فيه معظم الأزواج الإتصال بطريقة تختلف تماماً عما إعتادا عليه، ويوضح لهما أنهما عرضة إلى الإنزلاق إلى الأنماط القديمة فى الإتصال . والخطوة الأولى فى التدريب على الإتصال تشمل إعطاء الزوجين تعليمات عن الأنماط العامة للإتصال التى يتبناها المعالج . وتناقش العواقب المدمرة للوم والإنتقاد ، ويدرب الزوجين على كيفية التركيز على مايقولانه هم أنفسهما دون لوم أو إنتقاد للشريك الآخر . إضافة إلى ذلك ، ومن أجل الإستمرار فى تنمية

التـقـبل ، يُعطى الزوجين تعليمـات للتحـدث عن مـشاعـر التـأثر الكامنة فى الموضوعات التى تسبب لهما مشاكل حالياً ، والإمتناع عن إنتقاد خصائص وردود أفعال كل منهما للآخر .

ويتم التدريب على إعادة التأكيد أو إعادة الصياغة كوسائل للتأكد من أن أى من الشريكين لايساء فهمه خلال أى نقاش أو جدال مهم . وعادة ما تكون أحد الأخطاء الأساسية فى الإتصال الذى يمارسه الأزواج هى قراءة الأفكار أو القفز لإستنتاج حقيقة ما يعنيه الشريك الآخر من قوله ، وتفيد إعادة الصياغة فى إبطاء التفاعل بين الزوجين ، وتقليل إحتمال سوء الإتصال غير المقصود .

الخطوة الثانية فى التدريب على الإتصال تشمل جعل الزوجين يقومان عملياً بمناقشة : التركيز على الذات ، وتجنب اللوم ، والنقد ، والتعبير عن مشاعر التأثر ، وتعرض إعادة الصياغة كلها على أنها (قواعد) للمناقشات العملية. وبعد التعليمات الأولية وبعض الإيضاحات لهذه المهارات ، يتم إختيار آخر تفاعل سلبى حدث بينهما للتحدث عنه فى الجلسة . وتعطى تعليمات للزوجين لمناقشة كيف يرى كل منهما الحدث وشعورهما الحالى تجاهه . إن محاولة إتباع جميع قواعد التدريب على الإتصال قد يكون غير طبيعى للزوجين فى البداية ؛ لذلك فإن المعالج الذى يستخدم العلاج الزواجي السلوكى المتكامل لابد أن يناقش معهم هذا الأمر المربك ، قبل الممارسة الأولى لهذه الإستراتيجية ، ويوضح أن قواعد التدريب على الإتصال ستصبح أكثر ألفة بإستمرار إستخدامها . وخلال المناقشات الأولى للممارسة فإن الإختصاصى يجب أن يقاطع كلام الزوجين عدة مرات ؛ من أجل إما تذكير الزوجين لإعادة الصياغة أو منعهم من إلقاء اللوم أو النقد .

الخطوة الثالثة فى التدريب على الإتصال هى إعطاء المعلومات المرتدة . بعد كل مناقشة عملية ، حيث يجب مناقشة التدريب بالتفصيل مع الزوجين وإستخلاص المعلومات ، والإنتباه لتأثيرات التركيز على الذات ، وعدم اللوم ، وإعادة الصياغة والمشاركة فى إنفعالات التأثير . وتعطى المعلومات المرتدة (عائد) عن المجالات التى أظهر فيها الزوجين تقدماً حسناً ، وكذلك عن مايمكنهما فعله للتحسن أكثر . وقد تستمر هذه التدريبات عدة جلسات بناء على حاجات الزوجين ، وعندما يصبح المعالج واثقا من مهارات الزوجين ، فإن ممارسة الإتصال والتحدث يمكن أن تعطى كواجب منزلى .

التدريب علي حل المشكلات

عادة ماتكون المصاعب اليومية الصغيرة هى التى تحدث الضرر الأكبر فى علاقة الزوجين معاً . وقد تؤدى الموضوعات التى تدور حول أداء الأعمال المنزلية اليومية ، أو كيفية تربية الأولاد ، أو مع من يقضون الإجازة هل مع والدى الزوج أو الزوجة إلى الشعور بالإستياء والغضب ، الذى ينفذ إلى العلاقة الزوجية فى نهاية الأمر . وعادة ما ينمو الجدال حول هذه المشاجرات اليومية ويتضخم بمرور الوقت؛ مما قد يؤدى إلى الإنفصال بين الزوجين . وأكثر مايسبب الضرر عادة ليس هو موضوعات الجدال نفسها ، وإنما هى محاولات الزوجين حل هذه الموضوعات . وعادة تبدأ مثل هذه المناقشات بلوم من أحد الشريكين أو إتهام أو توبيخ بطريقة ما لصفات الآخر ، بينما فى الوقت نفسه يتجنب هو أى مسئولية. وفى المقابل ، فإن الشريك الآخر يصبح مدافعاً وغاضباً ، وعادة مايقوم باللوم وإنتقاد صفات الآخر . ويصبح أمراً بسيطاً جداً مثل تنظيف طاولة الطعام محل خلاف وجدال بسرعة بين (الوحش الكسول وغير المسئول) (والأنانى ، وغير المحب) .

ويعلم التدريب على حل المشكلات الزوجين إستراتيجيات ثابتة للتعامل مع أنواع المشكلات ذات الأثر ، والتى تقضى لامحالة على العلاقة بينهما . وقد صممت إستراتيجيات حل المشكلات خصيصاً لتنمية التغيير ، وتستخدم فقط فى الظروف التى يعتقد فيها بأن التغيير ممكن من خلال مهارة التفاوض . ولاينصح بإتباع حل المشكلات مع الصراعات حول موضوعات تشمل : الإتجاهات ، والمشاعر ، والرغبات ، أو النزعات . فأنواع المشاكل هذه عادة غير قابلة للحل عن طريق إستخدام إستراتيجيات التفاوض البسيطة ، ولكنها تعالج بإستخدام إستراتيجيات التقبل العاطفى . على سبيل المثال ، موضوعات مثل طلب أحد الشريكين من الآخر أن يحب والديه هو ، أو أن يستمتع أكثر بالخروج ، مثل هذه الموضوعات لاتحل بسهولة من خلال التفاوض . ولايستطيع الفرد ببساطة الموافقة على حب شىء أو الإستمتاع به ، مثل هذه المشاعر لابد أن تتقبل ، ويجب أن يقرر الزوجين هل تستطيع علاقتهما الصمود فى حالة عدم تغيير هذه الأشياء .

وبالنسبة للأزواج الأكثر تأثراً ، وعلى الرغم من أنهم عادة متساون فى المشاكل والمتاعب ، إلا أن حل المشكلات هو أكثر الإستراتيجيات فعالية . وحل

المشكلات يعلم الزوجين سلسلة من الخطوات الأساسية لإتباعها عند مناقشة الحل لمشكلة ما . أولاً ، يدرب الزوجين على التمييز بين تحديد المشكلة وحل المشكلة . ومن خلال تحديدٍ وتعريف المشكلة ، فإن الهدف هو ببساطة الوصول إلى حل واضح ومحدد . وتعطى تعليمات للزوجين للوصول إلى مرحلة حل المشكلة فقط ، بعد الموافقة على تحديد دقيق للمشكلة . ويوجه الزوجان خلال هذه المرحلة للإلتزام بالمشكلة ، كما تم تحديدها وعدم الرجوع إلى مرحلة تحديد وتعريف المشكلة . إن هدف مرحلة حل المشكلة هو وصول الزوجين لقرار عن أفضل تعامل مع المشكلة القائمة ، ويجب تأكيد التمييز الواضح بين تحديد المشكلة وحلها ؛ لأن الزوجين عادة مايحاولان حل المشكلات الصعبة والعويصة والغامضة . ودون تصور واضح للمشكلة ، فإن الحلول الواضحة نادراً ماتكون محتملة . مرحلة تحديد المشكلة بدقة تشجع على الإتصال الواضح ، وضمان فهم واضح للمشكلة من كلا الشريكين .

تعليمات عامة

هناك أربعة تعليمات أساسية تسهل نجاح التدريب على حل المشكلات :

أولاً : يجب أن يناقش الزوجين مشكلة واحدة فقط فى كل مرة ، وخلال النقاش يكو الزوجان ميالين إلى ذكر عدة شكاوى بسرعة متعاقبة ، مما يعوق عملياً حل أى منها بفعالية . ويدرب الزوجين خلال حل المشكلة على التركيز على مشكلة واحدة بالذات فى كل مرة ، وحلِ هذه المشكلة تماماً قبل الإنتقال إلى مشكلة أخرى ، ومن خلال هذه التعليمات يدرب الزوجين على التمييز بين النقاش البسيط والحل الفعال للمشكلة .

ثانياً : يشجع كلا الزوجين على إعادة صياغة مايقوله كل شريك من أجل ضمان الفهم الصحيح لما قاله أى منهما . ويساعد هذا على تجنب التأثير المدمر ، الذى عادة ماينتج عن القراءة السلبية لأفكار الآخر وبالتالى إطالة سوء الفهم والإتصال . إضافة إلى ذلك ، فإنه يزيد من إحتمال إن كلا الزوجين سيقضى بعض الوقت – على الأقل – فى التفكير فى موقف الطرف الآخر .

ثالثاً : يُطلب من الزوجين تجنب أى تخمين لنية حاقدة فى سلوك الشريك الآخر ؛ فمثل هذه الإفتراضات تتطلب من الشريك الدفاع عن نفسه ، ويؤدى هذا عموماً إلى الجدال بدلاً من الحل الفعال للمشكلة . إن تركيز التدريب على حل

المشكلة يجب أن يبقى علنياً وعلى السلوك ذى الأثر ؛ لأن هذا هو السلوك الذى يمكن تغييره بسهولة عن طريق التفاوض . إن الدوافع ، والنيات ، والسلوكيات الشخصية المماثلة ليست ببساطة ضمن التدريب على حل المشكلات ويجب بدلاً من ذلك التعامل معها بإستخدام أساليب التقبل .

أخيراً ، يُعطى الزوجان تعليمات لتجنب الإستخدام المتبادل للألفاظ والتصرفات الحادة خلال جلسات حل المشكلات . إذا كان الزوجان غاضبين من بعضهما البعض وبالتالى غير متعاونين بشكل كاف فإن تركيز العلاج يجب أن يعود إلى إستراتيجية التقبل العاطفى . ويمكن أن يبدأ التدريب على حل المشكلات من جديد عندما يحقق الزوجان الدرجة المناسبة من التعاون .

تحديد المشكلة

عادة ما يأتى الأزواج المتكدرون بمشاكل فى صور شكاوى ضد الطرف الآخر . والتدريب على حل المشكلات يعلم الزوجين سلسلة من الخطوات المحددة لإتباعها عند تحديد المشكلة . أولاً ، يدرب الشريكين على التعبير عن التقدير ، والعاطفة ، والفهم للشريك الآخر قبل عرض المشكلة نفسها . هذا التعبير يساعد على التقليل من إحتمال أن الشريك الآخر سيكون مدافعا ، كما أنه يذكر كلا الشريكين ببعض الجوانب الإيجابية فى علاقتهما على سبيل المثال ، بدلاً من القول (أين كنت بحق الجحيم) ، يدرب الشريك على البدء بقول شيء مثل (أنا أعرف أنك تعمل بجهد ، وتحتاج بعض الأحيان لتبقى متأخراً ، ولكنى أفتقدك عندما تتأخر بكثرة) . الأزواج المتكدرون ميالون بشكل خاص إلى تعقب الجوانب السلبية وإهمال الجوانب الإيجابية فى علاقتهما ، وعندما تبدأ جلسة حل المشكلات بالتعبير عن التقدير ، فإن الزوجين أكثر إحتمالاً لتحقيق روح التعاون .

بعد التعبير عن التقدير ، فإن الخطوة التالية تشمل تحديد المشكلة تحديداً دقيقاً قدر الإمكان ؛ فصياغة المشاكل بصورة غامضة تعوق الحل الفعال للمشاكل. وبدلاً من عرض الموقف بشكل عام ، يدرب الزوجان على تعريف السلوك المهم والظروف التى تحدد المشكلة . على سبيل المثال ، بدلاً من القول بأن الشريك لايقوم أبداً بتنظيف المنزل ، يمكن تحديد المشكلة على أنها الرغبة فى أن يقوم الشريك الآخر فى المساعدة بشكل أكثر فى إعداد وجبات العشاء . وعادة فإن المشكلات المحددة بدقة أكثر تكون أسهل فى حلها وتجنب سوء الإتصال والفهم

بين الزوجين .

فى ضوء الإستمرار فى تبنى التقبل العاطفى ، يُعطى الزوجان تعليمات للتعبير عن مشاعرهما ، والإنتباه بشكل خاص لمشاعر التأثر لديهما . إذا إستطاع أحد الزوجين القول بأن قضاء شريكه لوقت طويل فى العمل يجعله يشعر بالوحدة وعدم الحب ، فإن الشريك الآخر أقل إحتمالاً للشعور بالتهجم عليه وأكثر إحتمالاً للتعاطف مع مشاعره . ومن الصعب عادة على الزوجين التحدث حتى عن المشاكل البسيطة فى علاقتهما دون الشعور بأنهم متهمون أو منتقدون من الطرف الآخر . إن الفهم الكامل لمشاعر كل منهما نحو الآخر يساعد على منع تحول المناقشة إلى تعارض كامل للرغبات ، مصحوباً بمحاولة كل شريك تجنب السيطرة عليه من قبل الشريك الآخر .

الخطوة الأخيرة فى تحديد المشكلة هى إعتراف كلا الزوجين بدورهم الخاص فى إستمرارية المشكلة ، وهذا عادة يصعب على زوجين تعودا تجنب اللوم. الإعتراف بالدور الذى يلعبه كل شريك فى المشكلة أمر مهم لكل من الشخص الذى يعرض المشكلة وللشخص الذى يسمعها . وبالنسبة للشريك الذى يعرض المشكلة يجب عليه التفكير فى كيفية مساهمته فى التخفيف من الشعور بالظلم بسبب المشكلة وتقليل الميل إلى إعتبار موقف الشريك الآخر غير معقول . أما الشريك الذى يستمع إلى مشكلة ، فإنه أقل إحتمالاً لأن يشعر باللوم من الآخر ، وأكثر إحتمالاً للتفاهم والتفاوض إذا كان الشريك الذى يعرض المشكلة لايحاول تجنب تحمل المسئولية تجاه المشكلة بالنسبة للشريك الذى يستمع إلى المشكلة ، فإن إقراره بأنه تسبب أو لم يتسبب فى أمر من الأمور التى أزعجت الشريك الآخر، يعوق الميل الطبيعى لتبرير سلوكه ، بدلاً من التقبل ببساطة أن الشريك الآخر لديه شكوى ، ولكن يجب تأكيد أن تقبل شكوى الشريك لايلزم الآخر على تغيير سلوكه. إن الموضوع الأساسى فى هذه اللحظة هو تحديد وتعريف المشكلة بوضوح.

حل المشكلة

عندما يتم تحديد المشكلة وتشجيع التعاون قدر المستطاع ، فإن الخطوات التى ستؤدى إلى الوصول إلى حل عملى للمشكلة تصبح قابلة للتنفيذ . أولى هذه الخطوات تسمى الطرح التلقائى للأفكار (أو العصف الذهنى)[1]، والهدف منها هو

(1) Brainstorming

الحصول على أكبر عدد ممكن من الحلول المختلفة للمشكلة ، وعادة مايكون الطرح التلقائى للأفكار ممتعاً . ولتحقيق هذا الهدف ، فإن الزوجين يخبران بأن جميع الحلول حتى لو كانت مستحيلة أو سخيفة يجب طرحها . ويخبران أيضاً بأنه سيكون هناك وقت كافٍ لاحقاً بعد ذلك لتجربة ما الحلول الأكثر قابلية التطبيق من الأخرى . ولايسمح بالتعليقات لتقييم الأفكار فى هذه المرحلة ، وعليه يشعر كل شريك بالحرية قدر الإمكان لتقديم أى حل يمكن أن يفكر فيه . وتسجل جميع الإقتراحات لمناقشتها لاحقاً .

المثال التالى يعرض كيف يسير الطرح التلقائى للأفكار عادة . الزوج (ستيف) يسافر كثيراً كجزء من عمله ، الزوج والزوجة (جين) والمعالج يطرحون الحلول التلقائية لتحقيق أفضل توازن بين الأعمال المنزلية اليويمة والإستمتاع ، عندما يكون الزوج فى البيت .

المعالج : حسناً ، الفكرة هى أنه عندما تطرحان الأفكار التلقائية ، أذكرا فقط أكبر عدد محتمل من الحلول التى يمكن أن تفكرا فيها دون تقييمها بأى شكل كان . الفكرة هى توليد أو إنتاج أفكار وليس مراقبة أنفسكم . حتى لو كانت الفكرة تبدو سخيفة تماماً ، يجب أن تطرحاها . وفى نهاية الطرح التلقائى للأفكار سيكون لديكما قائمة من الحلول الممكنة ، تقومان بتفحصها والتخلص من الأفكار غير المعقولة ، وإبقاء المعقولة منها . وسأسجلها جميعاً . هل يمكننى المشاركة معكما ؟

الزوج : طعباً .

المعالج : (موجهاً كلامه للزوج) حقيقة أنت قد طرحت واحدة من الأفكار ، وهى الجلوس وتحديد الأولويات فى كيفية قضاء الوقت .

الزوج : والفكرة الأخرى الواضحة هى أن أترك عملى وأعمل لحسابى الخاص .

المعالج : ترك العمل .

الزوجة : هذا يفترض أن يكون أمراً جاداً .

المعالج : لا ، لا يجب أن يكون كذلك .

الزوجة : إذاً يجب أن نتخلص من الكمبيوتر .

المعالج : حسناً ، التخلص من الكمبيوتر .

الزوج : يمكننا التخلص من الأطفال أيضاً .

المعالج : حسناً ، التخلص من الأطفال .

الزوجة : لا ، كونا جادين . لدى فكرة جيدة تماما . القيام بتبديل زيت السيارة عند (جيفرى لاب) بدلا من محاولة ستيف القيام بذلك . وبالنسبة لى ان اتذكر القيام بذلك عندما يكون مسافراً

الزوج : (يضحك) .

المعالج : يبدو لى أن إحدى الطرق لصياغة ذلك وجعلها أكثر عمومية ، هو تفويض الأشياء للآخرين لعملها .

الزوجة : ولكن أعتقد أنه يجب تصنيف كل واحدة وإلا فإنه لايمكن ....

المعالج : بهدف الطرح التلقائى للأفكار ، أعتقد أننا يمكننا تسجيل الفكرة على الورق . وعندما ننتقل إلى مرحلة الموافقة ، إذا كنتم ترغبان ، يمكنكما تصنيف الأفكار . ولكن إذا أردتما المحافظة على الوقت ، فإن تفويض الأشياء لمتخصص يجب ألا ينطبق على السيارة فقط ، وإنما على أشياء أخرى أيضاً . نحن لانقوم بتقييم هذه الأفكار الآن . نحن نسجلها فقط .

الزوج : يمكننا أن نعقد إجتماعاً عندما أعود إلى المنزل بعد كل رحلة ، أو أسبوعياً، لتحديد الأولويات للمشاريع الموجودة فى المنزل ، ويمكنها أن تشمل الأطفال أو تغير زيت السيارة أو أى شيء آخر .

المعالج : بكلمة أخرى ، إما بعد عودتك من الرحلة ، أو على فترات منتظمة، فإنك ستجلس وتراجع الفترة التى لم تكن موجودا فيها إلى ما قبل الرحلة القادمة وتصنف وتعترض على ما تريد .

الزوج : يعترض ، حسناً أفترض أنك تحتاج إلى أن تطلى ظهر القطار وقطع العشب (دلالة على التعجيز وعمل المستحيل) .

الزوجة : شيء آخر بالنسبة لى هو محاولة السيطرة على أمور مثل مواضيع التأمين ، وإنجاز أشياء كهذه قدر الإمكان عندما يكون مسافراً .

المعالج : إنجاز بعض .... هل نسمى هذه أعمالاً وضيعة .

الزوجة : أعمال التأمين .

الزوج : الاعمال المثيرة لقدر كبير من الألم .

المعالج : حسناً ، لنسميها ألماً من الأعمال الشاقة . (جين) ستقوم ببعض الأعمال الشاقة عندما يكون (ستيف) مسافراً .

الزوجة : وعلى (ستيف) ان يقوم ببعض الأعمال يأخذها معه وينجزها ، عندما يكون جالساً فى حجرة الفندق خلال سفره .

المعالج : (ستيف) يأخذ بعض الأعمال الشاقة معه فى رحلته . حسناً ، أنتم تعلمون بأن هناك بعض الإبداعات المحتملة هنا ، ولكن دعنا نسمع القليل منك (موجهاً كلامه للزوج) ، أريدك أن تكون جزءاً من الطرح التلقائى للأفكار .

الزوج : أنا أحب كل شيء قالته هى ، أحب وضع الأولويات ....

الزوجة : (تضحك) عدنا إلى هذا مرة أخرى .

كما نرى أن الطرح التلقائى للأفكار يمكن أن يكون تدريباً خالياً من الهموم، كما يمكن أن يكون منتجاً وخصباً . وكما فى المثال ، فإن أحد الشريكين يطرح فى بعض الأحيان إقتراحات أكثر من الآخر ، لذلك فإنه من المهم أن يتأكد المعالج من أن كلا الشريكين يساهم بكل ما يستطيع فى وضع القائمة .

وبعد الطرح التلقائى للأفكار ، فإن الخطوة التالية هى أن يتفحص الزوجين القائمة ويضعا علامات على الحلول التى تبدو سخيفة ، أو التى لاتتطرق بدقة إلى المشكلة . ويجب أن يوافق كلا الشريكين قبل وضع علامة على أى بند ، وإذا إعتقد أى من الشريكين أن بنداً ما قد يكون حلاً جيداً ، فإنه يستبقى فى القائمة للمناقشة لاحقاً .

التو صل إلي الإتفاق علي التغيير

ويستمر خلال هذه المرحلة تنقيح القائمة ، ويعاد النظر فى كل بند على حدة، ويعطى كل شريك الفرصة لمناقشة الجوانب السلبية والإيجابية لكل بند . ويشجع الزوجان على التفكير ملياً فيما قاله كل منهما عن كل بند ، من أجل التأكد من أن كل طرف فهم موقف الطرف الآخر وتعاطف معه قدر الإمكان .

وخلال المراجعة الأخيرة للقائمة ، يتخذ القرار النهائى بشأن بقية البنود ، وتوضع علامة على كل بند إذا تم الإتفاق على أنه مهم جداً ، أو أنه يمكن تعديله

أو إعادة تجربته طالما وافق كلا الزوجين على التغيير ، ويمكن تجاوز بعض البنود للتفكير بها لاحقاً ، وقبولها كلها أو أجزاء منها .

الموافقة علي التغيير :

أى حل يبقى موضع سؤال فى هذه المرحلة يعاد التفكير فيه مرة أخرى ؛ حتى يتم التوصل إلى تسوية أو حذف البند . وتستخدم البنود المتبقية فى القائمة لصياغة حلول قابلة للتطبيق للمشكلة ، ويسجل هذا الإتفاق بعد ذلك ، ويطلب من كلا الزوجين التوقيع عليه . والخطوة الأخيرة ، تناقش أى مشاكل متوقعة مستقبلاً ، والتى قد تتداخل مع الإتفاق ، وإيجاد إستراتيجيات للتعامل مع كل منها ، ويشجع الزوجان بعد ذلك على لصق أو تعليق الإتفاقية فى مكان يمكن لكل منهم رؤيته ،ويحدد تاريخ لمراجعة هذه الإتفاقية . وخلال كل جلسة من الجلسات التالية يراجع المعالج ليرى كيف تعمل الإتفاقية ، ويشجع الزوجان على إحضارها معهما؛ لإعادة التفاوض إذا شعر أى من الزوجين بعدم الرضى .

إن المحاولات الأولى لإستخدام أساليب حل المشكلات هذه تحدث فى الجلسة ، وتحت إشراف مباشر من المعالج ، ومن الصعب جداً على الزوجين عادة التقيد بقواعد التدريب على حل المشكلات ، ويجب على المعالج أن ينفق وقتاً طويلاً مع الزوجين ليعلمهما الأساليب المناسبة . إن إستراتيجية حل المشكلات قد تبدو فى البداية مصطنعة للزوجين ، ولكن مع الوقت والممارسة يصبحان قادرين على رؤيتها على أنها وسيلة أكثر فائدة وأقل تدميراً للتعامل مع مشاكلهم ذات الأثر ، ومرة أخرى ، يتوقع عندما يتعلم الزوجين هذه المهارات ، فإنهما سيكونان قادرين على تطبيقها بأنفسهما فى المستقبل .

خلاصة :

فى هذا الفصل حاولنا عرض التطورات الأخيرة فى موضوع العلاج الزواجى السلوكى ، وهذه التطورات هى نتاج الإهتمام بكل من الأزواج الذين لم يستطيع العلاج الزواجى السلوكى التقليدى مساعدتهم فيها ، والعودة إلى الجذور النظرية للسلوكيين المتطرفين . إن التحويل فى التركيز من الصيغة إلى الوظيفية ، والتركيز على العوامل المقترنة الرئيسية التى من خلالها تتطور العلاقة بين الشريكين ، أدت إلى تطور مفهوم لعلاج زواجى خالٍ من قيود التعريفات التقليدية للتغيير ، وسمح لنا هذا بالتالى بتنمية التغيير ليس فقط للسلوك الظاهر ، ولكن

للمحتوى الإنفعالى الذى يكمن خلف علاقة الزوجين ويؤثر فيها . إن تكامل الإستراتيجيات التى صممت لتنمية نوع التغيير ، الذى أسميناه التقبل مع الإستراتيجيات الأكثر تقليدياً فى العلاج الزواجى السلوكى . يعتقد أنه خطوة مهمة جداً تجاه تقدم العلاج الزواجى .

وقد أظهرت الإستراتيجيات المقترحة فى هذا الفصل بشائر ممتازة كتدخلات فعالة للأزواج المتكدرين ، الذين يبحثون عن العلاج . وعند هذه النقطة ، بدأنا بحثاً تجريبياً صارماً للإستراتيجيات الجديدة ، وكانت الدراسة الأولية حتى اليوم مشجعة جداً . ومن المؤكد أن تطور هذه الأساليب ليس هو الإجابة النهائية لكل مشاكل العلاج الزواجى ، ولكن من المؤكد أن العلاج الزواجى السلوكى المتكامل سيستمر فى النمو والتطور ، من خلال كل من البحوث والممارسة تجاه طرق أفضل لعلاج الكدر الزواجى .

REFERENCES

Baucom, D. H., & Hoffman, J. A. (1986). The effectiveness of marital therapy: Current status and applications to the clinical setting. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical hanbook of marital therapy* (pp. 597 - 620). New York: Guilford Press.

Christensen, A., Jacobson, N. S., & Babcock, J. C. (in press). Integrative behavioral couples therapy. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical hanbook of marital therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Ferster, C. B. (1967). Arbitrary and natural reinforcement. *Psychological Record, 22,* 1 - 16.

Gurman, A. S., Kniskern, D. P., & Pinsof, W. M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.) (pp. 565 - 624). New York: Wiley.

Hahlweg, K., Schindler, L., Revenstorf, D., & Brengelmann, J. C. (1984). The Munich marital therapy study. In K. Hahlweg & N. S. Jacobson (Eds.), *Marital interaction: Analysis and modification* (pp. 3 - 26). New York: Guilford Press.

Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327 - 387).New York: Guilford Press.

Hayes, S. C. (1989). *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control.* New York: Plenum Press.

Jacobson, N. S. (1978). A review of the research on the effectiveness of marital therapy. In T. J. Paolino & B. S. McCrady (Eds.), *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral, and systems theory perspectives* (pp. 395 - 444). New York: Brunner / Mazel.

Jacobson, N. S. (1984). A component analysis of behavioral marital therapy: The relative effectiveness of behavior exchange and problem solving training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 295 - 305.

Jacobson, N. S. (1992) Behavioral couple therapy: A new beginning. *Behavior Therapy, 23,* 493 - 506.

Jacobson, N. S., & Christensen, A. (in press). *Couple therapy: An integrative approach.* New York: Norton.

Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Pagel, M. (1986). Predicting who will benefit from behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 518 - 522.

Jacobson, N. S., Schmaling, K. B., Holtzworth-Munroe, A. (1987). Component analysis of behavioral marital therapy: Two-year follow-up and pre-

diction of relapse. *Journal of Marital and Family, 13,* 187 - 195.

Patterson, G. R., & Hops H. (1972). Coercion, a game for two: Intervention techniques for marital conflict. In R. E. Ulrich & P. Mounjoy (Eds.), *The experimental analysis of social behavior* (pp. 424 - 440). New York: Appleton.

Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism.* New York: Knopf.

Snyder, D. K. (1979). Multidimensional assessment of marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family, 41,* 813 - 823.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38,* 15 - 28.

Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and the Family, 41,* 75 - 88.

Weiss, R. L., & Birchler, G. R. (1975). *Areas of change.* Unpublished manuscript, University of Oregon, Eugene.

Weiss, R. L., & Cerreto, M. C. (1980). The marital status inventory: Development of a measure of dissolution potential. *American Jountal of Family Therapy, 8,* 80 - 85.

ثبت المصطلحات

A

Abstinence violation effect	أثر انتهاك الامتناع عن الشرب
Acceptance strategies	استراتيجيات التقبل
Accusation	اتهام
Action stage	مرحلة النشاط أو المبادرة
Active treatment	علاج نشط
Adrenal gland	الغدة الدرقية
Aerobics	رياضة الايروبكس
Agitation	تهيج
Agoraphobia	مخافة الاماكن المفتوحة
Alchol abuse	سوء تعاطى الكحول
Alcohol dependence	الاعتماد على الكحول
Alcohol dependece syndrome	زملة الاعتماد الكحولى
Alcoholics Anonymous (AA)	الكحوليون المجهولون
Alcoholism	الكحولية
Alkaline	قلوى
All - or - none thinking	التفكير بطريقة الكل أو لاشئ
Amorphous	هلامى
Analogue subjects	عينات مشابهة أو مماثلة
Anonymous Addictive (AA)	المدمنون المجهولون
Anorexia nervosa	فقدان الشهية العصبى
Anti social personality disordr	اضطراب الشخصية المدمرة للمجتمع
Anticipation phase	مرحلة التوقع

Anticipatory	متوقع
Anxiety management training	تدريب على تدبر القلق
Anxiety neurosis	عصاب القلق
Anxiety states	حالات القلق
Anxiogenic cognations	معارف أو إدراكات نشئية (وراثية)
Anxiolytic medication	علاج طبى بمضادات القلق
Anxious apprehension	إدراك قلق
Anxious mood	مزاج قلق
Apparent stage of change	مرحلة التغير الظاهر
Applied relaxation	استراخاء تطبقى
Apprehensive expection	توقع الشر
Apprehensive expectation cluster	زملة توقع إدراكى
Approach - avoidance pattern	نمط الاقتراب – التجنب
Arbitrary reinforcement	تدعيم عشوائى
Areas of change questionnaire	استخبار مجالات التغيير
Arrhythmias	اضطراب ضربات القلب
Assessment	تقدير أو تقييم
Assessment phase	مرحلة التقييم
Asthma	ربو
Attention control treatment	علاج التحكم فى الانتباه
Automatic hyperactivity	إفراط ذاتى فى النشاط
Automatic inflexibility	تصلب ذاتى
Automatic thoughts	أفكار الية (تلقائية)

Avoidance	تجنب
Avoidant personality disorder	اضطراب الشخصية التجنبية

B

Basel ganglia	العقد القاعدية
Basic anxiety disorder (BAD)	اضطراب القلق الاساسى
Behavioral groups	جماعات سلوكية
Behaviorl prothesis	الترقيع السلوكى
Beta blocker	كابح عصبى
Bing eating disorder	أضطراب الاكل المفرط
Biofeedback	رجع حيوى (عائد بيولوجى)
Body acceptance	تقبل شكل الجسم
Body mass	كتلة (بنية) الجسم
Brain storming	تفاكر (عصف ذهنى)
Bulimia nervosa	الشره العصبى

C

Capsulotomy	استئصال الاجسام المخططة
Cardiovascular exercise	تمرينات قلبية
Catastrophopizing thought	تفكير مأساوى
Change strategies	استراتيجيات التغير
Charactarological disorder	اضطراب سمات الشخصية
Child abuse	اساءة معاملة الطفل

Cingulotomy	الاستئصال الحزامى
Claustrophobia	مخافة الاماكن المغلقة
Client variables	متغيرات العميل
Clinical experience	خبرة عيادية
Clinical interview	مقابلة عيادية
Clinical judgment	الحكم (التقييم)العيادى
Clinical psychological assess-ment	التقدير (التقييم) النفسى العيادى
Clinician 's severity rating (CSR)	تقدير المعالج لحدة الاعراض
Co habituating	معيشة مشتركة
Co morbid diagnosis	تشخيص لاعراض مصاحبة
Co morbidity disorders	اضطرابات مصاحبة
Cognitive attibution model	نموذج الاعزاء المعرفى
Cognitive - behavioral group therapy	علاج معرفى سلوكى جمعى
Cognitive defenses	دفاع معرفى
Cognitive dissonance	تنافر معرفى
Cognitive distortions	تشوهات معرفية
Cognitive restructuring	إعادة تنظيم البنية المعرفية (إعادة صياغة الأفكار)
Cognitive theory	نظرية معرفية
Cognitive therapy	علاج معرفى
Cognitive triad of depression	المثلث المعرفى للاكتئاب

Collaborative set	الوضع التعاونى
Combined exposure	تعرض مشترك
Commercial weight- loss programs	برامج تجارية للتخسيس
Commiserate	يرثى او يواسى
Commitment	التزام
Community - reinforcement approach	منحى الدعم المجتمعى
Concept of responsible drinking	مفهوم الشرب المسئول
Conflict Tactics Scale	مقياس أساليب الصراع
Confusion	خلط او ارتباك
Conjoint behavioral treatment	علاج سلوكى مشترك
Conjoint interview	مقابلة مشتركة
Context of therapy	سياق العلاج
Contingencies	توافقات
Coping desensitiztion	تطمين لتقوية عمليات المواجهة
Couple distress	كدر زواجى
Covert modeling	تمذجة تخيلية
Criticize - Defend	نقد – دفاع
Corss - blaming	لوم متبادل
Cue	مؤشر
Cue - controlled relaxation	استرخاء موجه بهاديات
Current alcohol level (CAL)	مستوى الكحول الراهن فى الدم

D

Day treatment	علاج نهارى
Deeping relaxation techniques	اساليب تعميق الاسترخاء
Defensive	دفاعى
Deleterious	ضار أو مؤذى
Demand- Withdraw	مطالبة -- انسحاب
Denial	انكار
Denial defense mechanism	آلية الانكار الدفاعية
Depersonalization	عدم التشخص
Derealization	عدم الواقعية
Desensitization	تسكين
Destructive misunderstandings	سوء تفاهم هدام
Deftoxification	إزالة السموم
Diagnostic Interview Schedule	قائمة المقابلة الاكلينيكية
Diagnostic assessment	تقييم تشخيصى
Diaphragm	الحجاب الحاجز
Dieting	حمية (أو نظام غذائى)
Differential diagnosis	تشخيص فارق
Differentials efficacy	كفاءة فارقة
Disconnection	انقطاع الصلة
Distraction	تشتت
Distractions procedures	إجراءات الالهاء (أو التشتيت)
Distress	كدر أو كرب (الم نفسى)

Drinking response	أستجابة الشرب
Drug trearment	علاج دوائى
Dyadic Adjustment Scale	مقياس التوافق الزواجى
Dysfunctional interaction	تفاعلات غير فعالة
Dysfunctional strategies	استراتيجيات غير فعالة
Dysfunctional thought record (DTR)	سجل الأفكار غير الفاعلة
Dythmia	عصاب

E

Early schemas	مخططات مبكرة
Eating topography	خريطة توزيع الاكل (وصف نظام الاكل)
Educationl supportive group therapy	علاج مساند جمعى تعليمى
Ego dystonic	متنافر مع الانا
Ego syntonic	متناغم مع الانا
Ego - syntonic	مؤام (أنا متوافقة)
Emotimnal acceptance strategies	استراتيجيات التقبل العاطفى
Emotional deprivation schema	مخطط حرمان عاطفى
Emotional disengage	عدم ارتباط عاطفى
Emotional- Logical	عاطفى – منطقى
Emotional processing	التداول (معالجة الامر)الانفعالى
Emotional reasoning	تبرير وجدانى (أو عاطفى)

Empirical	واقعى أو تجربى
Encephalitis lethargica	التهاب دماغى
End- state functioning	الاداء النهائى
Endurance	تحمل
Enormous self- help movement	الحركة الكبرى لمساعدة الذات
Extinction	انطفاء

F

Family therapy	العلاج الاسرى
Feedback	عائد
Fitness assessment	تقييم الملائمة
Flash card	بطاقة استرجاع
Food pyramid	الهرم الغزائى
Formulation	صياغة
Frontal lobe	الفص الجبهى أو الامامى
Function	وظيفة
Functional analysis	تحليل وظيفى
Functional equivalence classes	فئات التكافوء الوظيفى

G

Gender	نوع (أو جنس)
Generalized anxiety disoder (GAD)	اضطراب القلق العام

Generalized social phobics	مرضى المخاوف الاجتماعية العامة
Goal - setting list	قائمة تحديد الاهداف
Goal weight	وزن مستهدف
Gradual exposure	تعرض تدريجى
Graduated funnel approach	منحى القمع التدريجى
Group therapy	علاج جمعى
Guided- self dialogue	حوار ذاتى موجه

H

Habituation	اعتياد
Hand- held breathalyzer	جهاز تحليل الزفير اليدوى
Hard emotions	مشاعر قسوة
High end- state functioning	أقصى اداء
High risk groups	جامعات معرضة للخطر
Home work assignment	واجب منزلى
Hyper vigilance	تيقظ مفرط
Hypoglycemia	نقص السكر
Hypothetical constructs	أبنية (تكوينات) فرضية

I

Idiographic approach	منحى تخصيصى
Idiographic functional analysis	تحليل وظيفى تخصيصى
Idiographic level	مستوى تخصيصى

Imaginable exposure	تعرض تخيلى
Imaginable scenario	سياق تخيلى
Impartial dependence	اعتماد جزئى
In vivo exposure	تعرض حى (للمواقف الخارجية)
Incompetence schema	مخطط عدم كفاءة
Individual therapy	علاج فردى
Information Processing theory	نظرية معالجة المعلومات
Initial treatment setting	جلسات علاج اولية
Intake evaluation	تقييم مبدئى (للبدء فى العلاج)
Integrate change and acceptance	دمج التقبل والتغير
Integrative behavioral couple therapy	العلاج الزواجى السلوكى التكاملى
Intense exposure	تعرض كثيف
Intensive treatment prgram	برنامج علاجى مكثف
Internal dialogue	حوار داخلى
Interpersonla context	سياق تفاعلى
Interpersonal pressures	ضغوط تفاعلية
Interviewer	قائم بالمقابلة
Intimate relationship	علاقة حميمة
Introspective conditioning	تشريط باطنى

K

Key feature	الملمح (أو المظهر) الاساسى

L

Learned alarm	انذار متعلم
Legal drink age	العمر القانونى للحق فى الشرب
Level of commitment	مستوى الالتزام
Level of distress	مستوى الكدر
Lightheadedness	دوار
Low efficacy expectation	توقع كفاءة منخفضة

M

Maintenance stage	مرحلة الحفاظ على النتائج العلاجية
Management	تدبر (تعامل مع)
Marital Satisfaction	رضاء زواجى
Massed exposure	تعرض كثيف
Matching scheme	مخطط التطابق أو الموائمة
Metabolism	ايض (هدم وبناء حيوى)
Metabolite 5- hydroxy indoleacetic acid (5- HIAA)	عمايات الايض السيروتونينية
Micronutrient selection	اختيار المغذى الرئيسى
Mind reading	قراءة الأفكار
Mnemonic	مقو للذاكرة
Mobilization of social support	شحن(تحريك) المساندة الاجتماعية
Mode	شكل (أو صيغة)
Mood disorder	اضطراب المزاج

Motivational interview	مقابلة دافعية (حافزة أو حاثة)
Motor tension	الشد (التوتر) الحركى
Murmurs	لغط

N

Narcotics anonymous	متعاطىِّ المخدرات المخلقين المجهلين
Natural reinforcement	تدعيم طبيعى
Naturalistic interoceptive exposure	تعرض باطنى طبيعى
Naturally occurring contingencies	توافقات طبيعية
Negative dialogue	حوار سلبى
Network	شبكة
Neuroanatomical	تشريح عصب
Neurochemical	عصبى كيميائى
Neurotransmitter activity	نشاط الناقلات العصبية
Nomothetic study	دراسة جمعية
Non directive treatment	علاج غير موجه
Nodirective supportive group therapy	علاج جمعى مساند غير موجه
Norserotonergic	غير منشط للسيروتونين
Normal curve	منحنى أعتدالى
Normal worry	انزعاج طبيعى
Numbing	خدر

O

Obesity	سمنة (بدانة)
Organism reaction	ارجاع عضوية
Overeaters Anonymous (OA)	الشرهون المجهلون
Over estimation	مبالغة في التقدير (أو التقييم)

P

Panic control treatment	علاج بالتحكم فى الهلع
Panic disorder	اضطراب الهلع
Panic disorder with agoraphobia	اضطراب هلع مع مخافة اماكن مفتوحة
Paraphrasing	إعادة صياغة
Parasympathetic nervous system	الجهاز العصبى الباراسمبتاوى
Pathological	مرضى
Pathological worry	انزعاج مرضى
Perfectionistic tendencies	نزعات كمالية (نزوع للكمال)
Performance phase	مرحلة الاداء
Personality disorder	أضطراب شخصية
Pharmacotherapy	علاج طبى (بالعقاقير)
Physical responsivity	استجابية جسمية
Positive consequences	مترتبات (أو عواقب) ايجابية
Positron- emission tomgraphy	الرسم المقطعى لانبعاث البوزيترونات
post anxiety	ما بعد القلق

Post traumatic stress disorder (PTSD)	اضطراب الضغوط التالية للصدمة
Posttreatment assessment	تقييم بعد العلاج (لاثار العلاج)
Prediction testing	اختبار التنبؤات
Prefrontal lobe	اللحاء قبل الجبهى
Pressure- resistance	ضغط - مقاومة
Pretreatment assessment	تقييم قبل العلاج
Principal diagnosis	تشخيص اساسى
prodromal symptom	عرض منذر (منبيء)
Progressive muscle relaxation	استرخاء عصبى تدريجى
Progressive muscle relaxation	استرخاء عضلى تدريجى
Promote acceptance	تنمية التقبل
Promote change	تنمية التغير
Promoting emotional acceptance	تنمية التقبل العاطفى
Psychological dependonce	أعتماد فيزيولوجى
Psychophysiological assessment	تقييم نفسى فسيولوجى
Psychosurgical techniques	اساليب الجرحة النفسية
Psychotic disorder	اضطراب ذهانى
Psychotropic	نفسى انتحائى
Public speaking phobia	مخافة التحدث لجمهور
Pursuer- Disrancer	مطارد - متباعد

R

Reactivity	استجابية
Reattribution	إعادة اعزاء
Reformulation	إعادة صياغة
Relapse stage	مرحلة انتكاس
Relaxation- induced anxiety	استرخاء مثير للقلق
Relaxation- by- recall	استرخاء بالاستدعاء
Responsibility- avoidance style	اسلوب تجنب المسئولية
Retaliatory thoughts	أفكار انتقامية
Risk factor model	نموذج العامل المهيئ
Ritualistic behavior	سلوك طقسى
Role play	لعب الادوار
Role play exposure	التعرض من خلال لعب الادوار
Rule- governed behavior	سلوك خاضع للتحكم

S

Safety signal	اشارة آمان
Scanning	إحاطة أو فحص
Schema	مخطط
Schizoid personality disorder	اضطراب الشخصية شبه فصامية
Schizotypal personality disorder	اضطراب الشخصية الفصامية
Self- monitoring	مراقبة الذات

Self- presentational model	نموذج التقديم الذاتى
Self- recording card	بطاقة تسجيل ذاتى
Self- defeating	انهزامية ذاتية
Self- efficacy	توجه ذاتى
Self- efficacy	كفاءة ذاتية
Self- exposure	تعرض ذاتى
Self- help group	جماعة مساعدة ذاتية
Self- help manual	دليل المساعدة الذاتية
Self- monitoring	مراقبة ذاتية
Sensirivity factor	عامل حساسية
Serotonin	سيروتونين (ناقل عصبى)
Seotonin agonist	الانقباض السيروتونيلى
metachlorophenylpoprazine (mCCP)	
Significant person	شخص مهم (للعميل)
Simulated exposure to fear situation	تعرض مناظر لموقف خوف
Situational exposure	تعرض موقفى
Social anxiety	قلق اجتماعى
Social phobia	مخاوف اجتماعية
Social pressure	ضغط اجتماعى
Socratic method	حوار سقراطى
Soft emotions	مشاعر رقيقة
Somatic component	مكون جسمى

Spaced exposure	تعرض متقطع
Specificity factor	عامل نوعى
Spinning	حلزونى أو دوار
Spontaneous	تلقائى
Spousal abuse	إساءة معاملة الشريك (الزواج أو الزوجة)
Stage of precontemplation	مرحلة ماقبل التأمل
Stimulus	منبه
Stress inoculation training	تدريب تطعيمى على الضغوط
Structural clinical interview	مقابلة اكلينيكية مقننة
Structured activities	أنشطة مخططة
Subjugation schema	مخطط خضوع
Superstitious	خرافى
Sympathetic nervous system	الجهاز العصبى السمبتاوى
Syndenham's chorea	رقاص سيندهام
Systematic desensitization	تسكين منظم

T

Tempo romanoilular joint syndrome	زملة مشتركة للاعراض الناتجة عن زيادة افراز هرمون الثيروكسين
The Global Severity Index	دليل الشدة الاجمالية
The Impact of Events	تأثير الاحداث
The Multimodal Life History	تاريخ الانماط المتعددة للحياة
The Rape Afremath Sympoms	اعراض اثار الاغتصاب

The schema- focused phase of treatment	مرحلة العلاج بالتركيز على المخططات
Thematic formulation	صياغة السياق
Therapeutic change	تغير علاجى
Therapeutic intervention	تدخل علاجى
Therapist variables	متغيرات المعالج
Thought stopping	وقف الأفكار
Three- response system model	نموذج نظام الاستجابة الثلاثى
Time line follow back inter-view (TLFBI)	مقابلة الكشف عن فترات التعاطى السابقة
Time management	تدبر الوقت
Tolerance	تحمل
Tolerance building	تنمية التسامح
Topography	وصف
Tourette's syndrome	زملة توريت
Transient reactions	أرجاع مؤقتة
Traumatic event	حدث صادم
Treatment contract	عقد علاجى
Treatment referral report	تقرير إحالة للعلاج
Treament techniques	أساليب علاجية
Treatment termination	إنهاء العلاج

V

Verbal contingencies	توافقات لفظية
Verbal cues	هاديات لفظية

Vicarious learning	تعلم بالمشاهدة
Vicarious trmatization	تأزم بالمشاركة
Vigilance	تيقظ

W

Ways of Coping	طرق التغلب
Weight cycling	دورة الوزن
Weight watcher	مراقبى الوزن
Worry behavior prevention	وقاية من سلوك الانزعاج
Worry behavior prevention exercises	تمرينات الوقاية من سلوك الانزعاج
Worry exposure	تعرض للانزعاج
Worry process	عملية الانزعاج
Worry spheres	مجالات (سياقات) الانزعاج

Y

Young Loneliness Inventory	بطارية يونج للوحدة

هذا الكتاب

يعد كتاب " مرجع اكلينيكى فى الاضطرابات النفسية " لمحرره ديفيد بارلو أحد الكتب القليلة التى اختطت منحًى متميزا يهدف توفير الخبرات الإكلينيكية، التى اكتسبها أصحابها من خلال الممارسة الواقعية فى علاج مجموعة من أهم الاضطرابات النفسية وأكثرها انتشارا .

ويختلف الكتاب عن غيره من الكتب المماثلة ، بعدم اقتصاره على تقديم عرض نظرى لأحدث أساليب العلاج والنتائج والاختبارات المقننة لتقديمها ، بل يتقدم بعرض الخطوات التفصيلية للأساليب العلاجية كما تتم فى الواقع ، والمشكلات المختلفة التى تنشأ خلالها ، والسبل الملائمة للتغلب عليها بصورة تضيف لقارئ الكتاب المعالج أو المتدرب فى علم النفس الاكلينيكى حصيلة وافرة من نماذج الخبرة والممارسة لاغنى عنها ، ويجيب الكتاب - فى كل فصوله - عن سؤال دائما ما يردده الممارس المبتدئ عندما يبدأ فى تطبيق الحقائق العلمية ، ألا وهو : ولكن كيف ؟

ويشمل الكتاب عرضا للأساليب التفصيلية ومخططات جلسات العلاج للاثنى عشر اضطرابا الأكثر انتشارًا وهى : اضطرابات الهلع ، ومخاوف الأماكن المفتوحة ، واضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة ، والمخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعى ، واضطرابات القلق العام ، واضطرابات الوسواس القهرى ، والاكتئاب ، واضطرابات الأكل ، والسمنة ، وإدمان الكحول ، واضطراب الشخصية البينية ، والاختلالات الجنسية فى اضطرابات الانتصاب لدى الذكور ، ثم أخيرا الكدر الزواجى .

وقد تصدى لتقديم هذه الفصول مجموعة من أكثر الأخصائيين الإكلينيكيين مهارة وخبرة ، كل فى مجاله . وبالمثل تحمل مجموعة من المتخصصين الأكاديميين من أصحاب الخبرة ترجمة فصول الكتاب إلى العربية ؛ بهدف نقل هذه النماذج المهمة إلى المشتغلين فى الميدان الاكلينيكى ؛ تعميمًا للفائدة .

ويعد هذا الكتاب ـ إلى جانب كتاب مرجع فى علم النفس الاكلينيكى للراشدين لمحرريه ليند ساى وباول ، والذى صدر عن مكتبة الأنجلو المصرية أيضًا ـ مصدرين لا غنى عنهما لكل من يعملون فى المجال ، طال انتظارهما وأصبحت الحاجة إليهما جوهرية وملحة .

مكتبة الأنجلو المصرية